I

CAHIERS DE CITÉ LIBRE CAHIERS DE CITÉ LIBRE CA

CAHIERS DE CITÉ LIBRE CAHIERS DE CITÉ LIBRE

LE MONOPOLE DE LA MÉDECINE

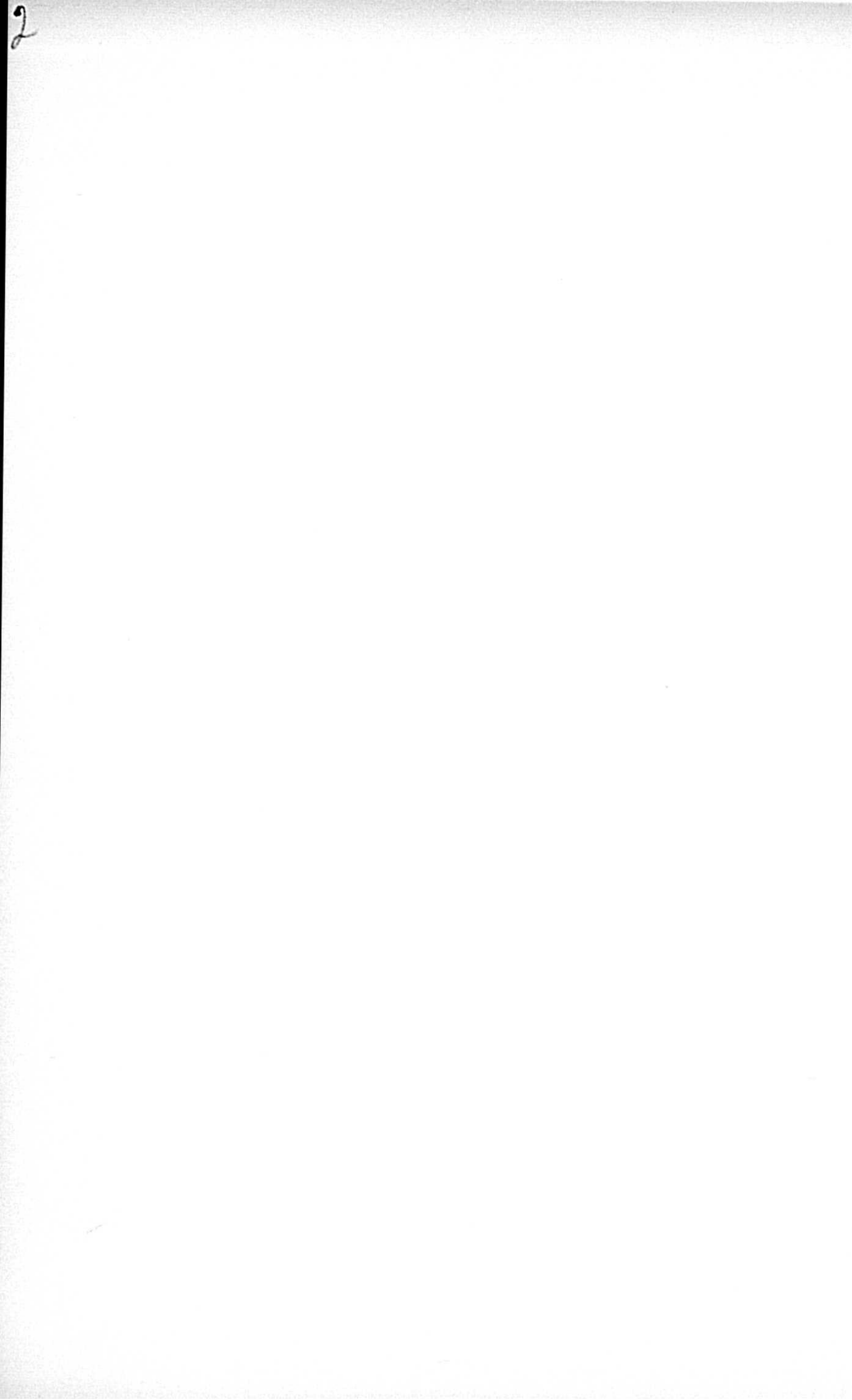
comment les médecins bloquent l'assurance-maladie

TEDDY CHEVALOT

CAHIERS DE CITÉ LIBRE CAHIERS DE CITÉ LIBRE CA

CL-6

ÉDITIONS DU JOUR $2.00


2

Le monopole de la médecine

DISTRIBUTEURS EXCLUSIFS

Agence de Distribution Populaire
1130 est, rue de la Gauchetière
Montréal 130
Téléphone : 623-1600

LA MAQUETTE DE LA COUVERTURE EST
UNE CRÉATION DU STUDIO
GAGNIER, FLEURY ET ASSOCIÉS

© Tous droits réservés, Les Editions du Jour Inc.,
Ottawa, 1969

TEDDY CHEVALOT

Le monopole de la médecine



ÉDITIONS DU JOUR
1651, rue St-Denis
Montréal
1969

CAHIERS DE CITÉ LIBRE

Nouvelle série XVIIIe année

Printemps 1969

Secrétariat de la rédaction :
Jean Pellerin, Jacques Tremblay, Jacques Hébert,
1615, rue Saint-Denis, Montréal.

Éditeur propriétaire :
LE SYNDICAT COOPÉRATIF D'ÉDITION CITÉ LIBRE
Président : Pierre Tanguay — Vice-président : Maurice Blain — Secrétaire : Jean Dostaler — Trésorier : Yves-Aubert Côté — Administrateurs : Benoît Baril, Jacques Hébert, Claude Longpré, Gérard Pelletier, Pierre E. Trudeau

---

Publié par
LES ÉDITIONS DU JOUR INC.
1615, rue Saint-Denis, Montréal 24 (849-2228).

Réalisé sur les presses de
Payette & Payette

Abonnement :
Cité libre, a/s PERIODICA, inc.
7045 avenue du Parc
Montréal 15, P.Q. — Tél.: 274-5468

Périodicité : 1 an, 3 cahiers

Abonnement ordinaire : $5.00

Abonnement de soutien : $10.00

Vente au numéro :
Agence de Distribution Populaire inc.
1130 est, rue de la Gauchetière,
Montréal (Tél.: 523-1600).

INTRODUCTION

LA « révolution tranquille » a peut-être bouleversé nombre d'esprits au Québec, mais, fondamentalement, a-t-elle modifié sensiblement les us et coutumes administratives, ainsi qu'une certaine forme de pensée « conservatrice » en matière d'assurance-santé, d'assistance publique, de prévention sanitaire, oculaire, hygiénique, etc....?

Ainsi, depuis la parution, en 1963, des recommandations de la Commission Boucher sur la réforme de l'assistance publique, hommes politiques, professionnels de la santé (médecins et spécialistes para et péri-médicaux), ainsi que population tout court, s'accordent pour déclarer que « famille, santé et bien-être social » ne font qu'un ; que de ce fait, il faut non seulement repenser les lois sur la santé et l'assistance sociale, de manière à les regrouper en une ou deux lois-cadres, mais aussi unifier les divers services de santé et d'assistance publique, sinon les ministères de la Santé et de la Famille et du bien-être social, afin d'obtenir une certaine rationalisation qui s'impose en ce double domaine.

Parallèlement à ce double effort de regroupement, la notion de « prévention », (sanitaire, oculaire, sociale, etc...), tant au niveau scolaire qu'au niveau industriel, s'est imposée d'année en année, au point que de nos jours, la prévention est considérée comme aussi importante, sinon plus, que les soins apportés au patient.

Mais dans les faits, quels efforts concrets ont été accomplis pour appliquer ce beau programme?

Certes, tant le ministère de la Santé que celui de la Famille et du bien-être social sont réunis dans les mains d'un seul ministre, en l'occurrence M. Jean-Paul Cloutier ; certes, ces deux ministères acceptent et commencent à appliquer un plan de décentralisation au profit des bureaux régionaux ; certes, de session en session, on nous promet la refonte complète de la multitude de lois régissant l'assistance publique et leur simplification en une loi-cadre unique, loi-cadre qui, dans l'immédiat, n'a d'unique que les promesses accomplies à son sujet ainsi que son retard à être présentée devant le législateur[1] *; certes, une loi de l'assistance médicale est en vigueur depuis le printemps 1966 ; certes, suivant une recommandation du rapport Boucher, un Conseil supérieur de la Famille a bien été créé le 18 juin 1964 ; certes, enfin, depuis 1960, les commissions d'études ou d'enquêtes se succèdent à la queue leu leu dans ces deux ministères, pour se ressembler comme des jumeaux tant dans l'inaction que dans le vague de leurs recommandations.*

De tout cela sort-il une politique, une « grande politique » en matière de santé et d'assistance publique ? Force est de répondre « NON » à cette question.

Ainsi, cinq (5) ans après sa parution, le rapport Boucher sur la réforme de l'assistance publique est, pour ainsi dire, relégué aux oubliettes, et plusieurs de ses principales recommandations sont considérées comme lettre morte par trop de responsables du ministère de la Famille et du bien-être social ; ainsi, l'application chaotique des lois sur l'assurance-hospitalisation et sur l'assistance médicale, outre de creuser, d'année en année, un gouffre dans les finances provinciales, permet un raffinement dans la discrimination et des patients et des professionnels de la santé, ceci pour « la plus grande gloire » de la médecine ; ainsi, fait encore plus grave, la mise en application de l'assurance-santé, dont tous les partis politiques, en période électorale, nous chantaient les bienfaits, est retardée

(1) Ce livre était sous presse lorsque le ministre de la Famille et du Bien-Etre, M. Jean-Paul Cloutier a déposé son projet de loi-cadre de l'assistance-sociale, il est trop tôt pour en analyser la teneur.

mois après mois, année après année, en attendant que la Commission Castonguay statue sur son sort d'ici ... dix ans.[2]

Ainsi, surtout, même si tous s'accordent pour réclamer l'unité dans la distribution des services hospitaliers et sociaux à être fournis par tous les professionnels de la santé ; si, par ailleurs, tous reconnaissent la nécessité de la prévention scolaire et industrielle, — les symptômes pathologiques ou organiques devant être dépistés par les professionnels de la santé habilités pour ce faire, — dans les faits, non seulement assiste-t-on à une désintégration pure et simple de ce concept unitaire, mais en outre, s'ingénie-t-on, en certains milieux industriels, hospitaliers et gouvernementaux, (qu'ils soient fédéraux, provinciaux, municipaux ou scolaires), à pratiquer une véritable politique de discrimination envers la majeure partie des professionnels para ou péri-médicaux qui oeuvrent dans le domaine de la santé, et, par voie de conséquence, en ce faisant, on manifeste pour la population le mépris le plus total de ses besoins.

Ce livre poursuit un double but : d'une part démontrer que l'application de la loi de l'assistance médicale non seulement ne favorise qu'un groupe unique de professionnels de la santé : les médecins, mais de plus, accorde à ce groupe des privilèges à ce point exorbitants qu'on est en droit, dans ce cas, d'utiliser le mot « abus » ; de l'autre, démontrer par des faits précis, et en étudiant le cas d'un groupe, entre tant d'autres, de professionnels de la santé : les optométristes, que le gouvernement applique systématiquement une politique de discrimination envers les professionnels de la santé non agréés par la gent médicale, politique contraire à l'intérêt public.

Subsidiairement, nous voulons prouver par cette étude, que l'actuelle loi de l'assistance médicale, ainsi que son appli-

---

(2) De la même manière, un projet de loi d'assurance maladie a été déposé au moment où ce livre était sous presse. Le moins qu'on puisse dire c'est que ce projet confirme, en partie, les données du livre car il remet l'assurance-maladie aux mains d'une régie dans laquelle se trouvent des médecins mais aucun professionnel de la santé, et que de plus, selon les propres déclarations de M. Paul Dozois, ministre des finances, cette assurance-maladie ne verra pas le jour avant 1970 si ...

cation, loin d'aider à la mise en place d'un plan universel *d'assurance-santé, ne peut que lui nuire, sans compter que les conventions signées entre les médecins omnipraticiens et les médecins spécialistes d'une part, et le gouvernement, de l'autre, ne peuvent que freiner, d'ici 1970, la refonte des lois d'assistance sociale en une unique loi-cadre.*

Est-ce à dire que la loi de l'assistance médicale n'aurait jamais dû voir le jour, et, à plus forte raison, être, en 1966, adoptée par le parlement québécois?

Là n'est pas notre assertion, loin de là!... Nous croyons, au contraire, que cette loi, en attendant la mise en place d'un plan universel d'assurance-santé, se devait d'être adoptée le plus tôt possible, ne serait-ce que pour tirer une solide épine du pied d'une partie de la population, incapable, — à deux titres, soit parce que dépendant de l'assistance sociale, soit parce que subsistant avec un revenu misérable, — de s'offrir le « luxe » d'une consultation médicale.

Ce que, dans ce livre, nous voulons faire ressortir, c'est que cette loi est née dans des conditions telles qu'elles ont obligées deux gouvernements successifs, — les gouvernements Lesage et Johnson, — à « capituler » devant un petit groupe social: les médecins, et à accepter la majeure partie de leurs exigences.

Bref, ce livre veut dénoncer, preuves à l'appui, l'avidité de ces professionnels de la santé que sont les médecins, qui ont fait passer leurs petits intérêts privés avant l'intérêt public, au risque de saboter l'avenir d'un plan d'assurance-santé, plan dont la mise en place s'avère de plus en plus urgente.

Si ce livre atteint son but, il aura alors fait oeuvre utile, car dans notre esprit, cette étude se veut positive, strictement positive.

—

PREMIER CHAPITRE

Une loi imposée par une Convention collective

Tout est né d'une promesse électorale ! ... Celle énoncée par le Parti libéral, alors qu'en 1960, sous le slogan « Il faut qu'ça change », il promettait au peuple québécois :

« L'institution immédiate, en collaboration avec la profession médicale, *les professions et les services connexes*(1), d'un système gouvernemental d'assurance-hospitalisation. »(2)

Et, en commentaire, le Parti libéral, sous la signature de son chef, M. Jean Lesage, ajoutait : « Dans les engagements ci-dessus, le Parti libéral ne fait que maintenir l'attitude qu'il a prise depuis 17 ans. »(3)

Conformément à cette promesse, le gouvernement Lesage instituait, dès 1961, cette assurance-hospitalisation, copiée, dans ses grandes lignes sur une loi fédérale similaire.

Puis, devant les besoins urgents de la population canadienne en matière de santé, le gouvernement Diefenbaker instituait, le 20 juin 1961, une commission royale d'enquête,— la commission Hall,—chargée « de faire enquête et rapport sur les moyens actuels et les besoins futurs, en ce qui concerne les services de santé de la population du Canada, ainsi que sur les ressources destinées à assurer ces services, et chargée aussi de recommander les mesures qui, compatibles avec la

répartition constitutionnelle des pouvoirs législatifs au Canada, assureront, à notre avis, les meilleurs soins de santé possible à tous les Canadiens... »[4]

Point n'était besoin d'être grand clerc pour deviner qu'une telle mesure préfigurait l'imposition, par le gouvernement fédéral d'un futur plan d'assurance-maladie.

Par ailleurs, il devenait évident aux yeux du gouvernement Lesage, ainsi qu'à ceux des multiples organismes sociaux, (syndicats, fédérations des oeuvres, sauvegarde de l'enfance, etc....), que l'assurance-hospitalisation n'était qu'un palliatif face au coût élevé que représentaient pour une bonne partie de la population les soins médicaux et para ou périmédicaux.

En conséquence, tous réclamaient la mise en vigueur d'un plan *universel* d'assurance-maladie, ou, ce qui était mieux, l'élaboration d'une véritable politique gouvernementale de sécurité sociale.

D'où nomination successive de deux commissions : la première, – la Commission Boucher, – mise sur pied le 6 décembre 1961, et chargée d'étudier tous les problèmes relatifs à l'assistance publique, et la deuxième, – la Commission Castonguay, – formée le 9 avril 1965, en vue de poursuivre des recherches sur l'assurance-santé.

Dans un tel contexte politique et social, il va de soi qu'un plan d'assurance-santé, dont le préliminaire s'appelait assurance-hospitalisation, serait accueilli favorablement et par la population et par les multiples organismes sociaux, syndicaux et politiques de la province.

Cela est d'autant plus vrai que l'Union nationale, tentant, en 1961, de déborder les libéraux sur leur gauche en matière de législation sociale, proposait à son congrès des 21, 22 et 23 septembre 1961, – congrès au cours duquel fut élu comme chef du parti M. Daniel Johnson, – l'Union nationale, donc, proposait : « un système complet d'assurance-santé, couvrant tous les soins médicaux, qu'ils soient donnés dans les

hôpitaux ou ailleurs... »[5], proposition qui fut reprise dans son programme électoral, — « Québec d'abord », — en 1966.

Mais en attendant la mise en place d'un plan provincial d'assurance-santé, il fallait, dans l'immédiat, parer au plus urgent : aider financièrement les « économiquement faibles », — dans leur majeure totalité dépendants de l'assistance sociale, — dont les moyens financiers ne permettaient pas de défrayer en leur totalité le coût élevé des soins médicaux, des frais de médicaments et, pour plusieurs, des soins oculaires et dentaires.

Il fallait trouver une solution à ce problème : d'où l'institution de l'assistance médicale qui, dès sa mise en vigueur, aidait les assistés sociaux sur le plan des soins médicaux, mais éliminait d'emblée et le remboursement des médicaments ainsi que le remboursement des soins dentaires et le remboursement des soins oculaires fournis par les optométristes.

Voilà, rapidement, esquissé le contexte historique de cette loi. En fait, cette loi, sanctionnée le 31 mars 1966, répondait à un triple but :

1°) Elle permettait aux assistés sociaux de recevoir gratuitement tous les soins médicaux et chirurgicaux dont ils avaient besoin, mais non ceux mentionnés plus haut ;

2°) Par ses dispositions, elle pouvait préfigurer ce que pourrait être, dans l'avenir, la mise en place d'un plan universel d'assurance-santé ;

3°) A la veille de l'élection prévue pour 1966, contrairement à ce qui s'était passé en Saskatchewan, elle assurait l'équipe Lesage d'une paix profitable entre gouvernement et gent médicale, ceci grâce aux négociations entreprises et menées à bonne fin, le 17 mars 1966, entre Fédération des médecins omnipraticiens et Fédération des médecins spécialistes, d'une part, et gouvernement Lesage de l'autre.

Mais à quel prix le gouvernement Lesage a-t-il gagné, en 1966, sa paix avec les médecins ? Là est la question.

De fait, cette loi péchait par un point : elle fut, dans son texte et dans son esprit, imposée au préalable par les médecins, au moyen d'une convention collective dont on retrouve tous les termes dans le projet de loi déposé en Chambre le 17 mars 1966 par M. Eric Kierans, alors ministre de la Santé dans le gouvernement Lesage.

Avant de faire une étude comparative entre cette convention et la loi proprement dite, avant d'étudier les implications sociales de cette convention, il nous faut donner un bref historique de son approbation par l'Assemblée législative du Québec.

Lors de la conférence fédérale-provinciale qui se tenait à Ottawa, les 7-8 janvier 1966, pour étudier « le plan canadien d'assistance publique », M. Jean Lesage, premier ministre du Québec, exposant les vues de sa province sur la question, déclarait :

« Le Québec a déjà annoncé, d'autre part, son intention de mettre en vigueur, dès le 1er avril 1966, un régime de soins médicaux et chirurgicaux en faveur des assistés sociaux. Un comité interministériel a récemment été formé à cette fin et un comité de négociation avec la profession médicale a été créé . . . »[6]

Il est juste de noter que M. Lesage ajoutait ce qui suit :

« Quant aux médicaments et autres services de santé, le paiement en sera assuré aux indigents par le truchement de notre loi d'assistance publique et, éventuellement, de notre loi générale d'assistance sociale . . . »[7]

Il faut maintenant garder en mémoire ceci : ce comité de négociation aboutit à une signature de convention collective *le 17 mars 1966*.

Or, du 1er janvier 1966 au 11 mars 1966, il n'est nullement question de la loi de l'assistance médicale dans les ordres du jour de l'Assemblée législative du Québec.

Par contre, à partir du 11 mars 1966, les événements s'accélèrent à un point tel que, dans ce cas précis, on ne peut accuser nos députés de lambiner en matière de législation.

Voici la chronologie des événements entourant l'adoption de la loi de l'assistance médicale déposée sous le no 21.

11/3/1966. — M. Eric Kierans, ministre de la Santé, donne avis au « feuilleton » de la Chambre, qu'un projet de titré « Loi de l'assistance médicale », sera prochainement présenté en Chambre.(8)

Ceci signifie que les négociations entreprises depuis quelques mois entre le gouvernement et la Fédération des médecins omnipraticiens et celle des médecins spécialistes, viennent d'aboutir à une entente ferme et définitive qu'il ne reste plus qu'à finaliser dans les textes à parapher.

17/3/1966. — Premier point : ce jour-là, une convention est signée entre M. Eric Kierans, ministre de la Santé, et porte-parole du gouvernemnet, et les docteurs Raymond Robillard et Gérard Hamel, respectivement présidents de la Fédération des médecins spécialistes et de la Fédération des médecins omnipraticiens.

Le même jour, — un jeudi, — M. Eric Kierans dépose en Chambre le projet de loi (bill) no 21, titré : « Loi de l'assistance médicale », et le fait adopter, en principe, en première lecture.

En présentant son projet de loi, M. Kierans insiste sur son importance et demande que la deuxième lecture soit faite aussitôt que possible.

18/3/1966. — Ce projet de loi est présenté pour deuxième lecture et son adoption de principe est acceptée unanimement. Toutefois, parce que c'est un vendredi, la Chambre n'a pas le temps de l'étudier article par article en comité plénier(9), et le tout est renvoyé au mardi 22 mars 1966.

22/3/1966. — L'adoption du projet de loi en deuxième lecture étant chose faite, la Chambre se mue en comité plénier et étudie le projet article par article.

Toutefois, elle ne peut terminer ce travail à la fin de la séance, et le tout est renvoyé au lendemain 23 mars.

23/3/1966. – Le comité plénier termine l'étude de ce projet de loi, et, vu la prépondérance des libéraux, l'adopte sans rien y changer.(10)

24/3/1966. – M. Eric Kierans demande la troisième lecture du projet de loi. C'est alors que le Dr Fernand Lizotte, député UN de l'Islet, appuyé par le député UN de Montréal-Sainte-Marie, M. Edgar Charbonneau, propose l'amendement suivant :

« . . . (Que) le bill 21, intitulé : « Loi de l'assistance médicale » soit renvoyé au comité plénier avec instructions de l'amender de façon que les assistés sociaux obtiennent l'aide gouvernementale pour l'achat de médicaments et puissent bénéficier de la gratuité des examens faits par les optométristes dans l'exercice normal de leur profession . . . »

Cet amendement en est un « pour la forme », car le député de l'Islet sait fort bien qu'il lui est interdit de présenter une motion qui implique des dépenses non prévues par le gouvernement, ce qui est le cas avec cet amendement.

A juste titre, donc, le premier ministre, M. Jean Lesage, demande le rejet d'un tel amendement, puisque dit-il, il est irrégulier étant donné qu'il engage des deniers publics, ce que seul un ministre peut proposer.

A juste titre, toujours, le président de l'Assemblée législative, M. Guy Lechasseur, donne-t-il raison à M. Jean Lesage et rejette-t-il cet amendement.

M. Daniel Johnson, chef de l'Opposition, qui sait fort bien que l'amendement présenté par

son collègue de l'Islet est irrégulier, n'en n'appelle pas moins de la décision du président. Le vote se prend sur cet « appel de la décision du président », et comme il fallait s'y attendre « l'appel » est rejeté par 55 voix libérales « contre » et 21 voix UN « pour ».(11)

L'honneur étant sauf, on passe à la troisième lecture du projet de loi, lequel est adopté *unanimement* pas l'Assemblée législative.(12)

Seul, maintenant, le Conseil législatif peut amender profondément le projet de loi, à condition toutefois de ne pas proposer des amendements à teneur financière. Mais le Conseil législatif se réunit entre le 24 et le 31 mars, et, à son tour, adopte le projet en son entier, sans y apporter de changement. En conséquence :

31/3/1966. – Le projet de loi, devenu « Loi de l'assistance médicale » est sanctionné ce jour par le Lieutenant-gouverneur, et elle entre en vigueur le jour même.(13)

De cette chronologie découlent deux constatations : en premier lieu on remarque qu'une convention collective signée entre un gouvernement et un groupe de particuliers a précédé l'étude et l'adoption d'une loi ; en second lieu, une fois le projet mis au point, imprimé et déposé devant l'Assemblée législative, il fut, pour ainsi dire, adopté « à la vapeur ».

De fait, ce n'est que le 11 mars 1966 que M. Eric Kierans donne avis aux députés qu'il déposera un projet de loi portant sur l'assistance médicale, alors que les négociations entre médecins et gouvernement sur ce sujet traînent depuis plusieurs mois ; ce n'est que le 17 mars suivant qu'il dépose effectivement le projet de loi alors que, le jour même, les négociations ont officiellement abouti par l'échange des signatures requises au bas de la convention collective.

Ensuite, entre le 17 mars et le 24 mars, on étudie le projet sous pression, on l'impose aux députés sans qu'ils puissent y apporter la moindre modification.

Les faits sont là : ce projet de loi, dont l'implication sociale et financière, tant immédiate qu'à longue échéance, est grande, a été adopté sans qu'il y ait eu de la part de l'opposition de véritables discussions, non sur le bien-fondé de la loi, — celle-ci était nécessaire, — mais, à tout le moins sur le bien-fondé de certains articles.

Est-ce à dire que dans ce cas précis, les députés savaient que leur rôle de « législateur » était mis en veilleuse ?

Après tout, pourquoi se battre lorsqu'on sait qu'on ne peut, ni d'un côté de la Chambre, ni de l'autre, changer un « iota » d'un projet de loi dont tous les termes sont prévus dans une convention qui lie un gouvernement ? Un simple baroud d'honneur suffit pour justifier son mandat devant la population et certains groupes sociaux ! . . .

Car là est le revers de la médaille : la loi de l'assistance médicale, avant d'être présentée pour étude et adoption par les députés, a d'abord, *en son entier,* été négociée avec les médecins, et si rôle du « législateur » il y eut, c'est bien les médecins qui l'ont rempli et non les députés.

Ceux-ci, à la suite de la signature de la convention, ne pouvaient changer une virgule du projet de loi, et force leur était de l'accepter globalement, quitte, ensuite, à récriminer pour la forme.

Fait extraordinaire : une convention liant le gouvernement impose à celui-ci les termes d'une loi, et par le fait même, lie les mains du législateur, — c'est-à-dire l'Assemblée législative, — et l'empêche de jouer le rôle qui lui est dévolu : légiférer.

Une simple étude comparative de la loi et de la convention justifie amplement cette affirmation, si d'aventure la chronologie détaillée des faits n'arrive pas à convaincre le lecteur. C'est ce qui reste à prouver.

---

(1) Le souligné est de nous.

(2) 1960 — Le programme politique du Parti libéral du Québec, p. 29, art. 27.

(3) Idem, page 20.

(4) Rapport de la Commission royale d'enquête sur les services de santé (Commission Hall), Vol. I, 1964, page de garde.

(5) Cahier de résolutions, Congrès de l'Union nationale, 21, 22, 23 septembre 1961, page 30, — il s'agit ici d'un texte ronéotypé.

(6) Mémoire du Québec pour la Conférence fédérale-provinciale sur le plan canadien d'Assistance publique, Ottawa 7-8 janvier 1966, texte ronéotypé et non paginé, selon notre pagination, page 15.

(7) Idem, et selon notre pagination, page 16.

(8) Feuilleton de l'Assemblée législative du Québec, No 24, vendredi 11 mars 1966, page 13.

(9) Il s'agit ici d'expliquer la technique de l'adoption d'un projet de loi. Pour simplifier les choses disons que : le projet de loi est annoncé et déposé en Chambre et il subit, « pro forma », sa première lecture dont l'adoption est automatique ; sur recommandation du « parrain » du projet de loi, celui-ci est envoyé pour « deuxième lecture » au lendemain ou à un jour subséquent, ceci pour laisser le temps aux députés et à l'opposition d'étudier la portée du projet. C'est avec la deuxième lecture que se déroule le débat sur le fond du projet de loi, c'est-à-dire qu'on discute : « la portée, l'à-propos, les principes fondamentaux et la valeur intrinsèque du bill dans son ensemble ». Une fois adopté en deuxième lecture, le projet est envoyé au comité plénier de la Chambre, c'est-à-dire que les députés abandonnent tout le protocole inhérant à une séance et, sous la présidence du vice-président de l'Assemblée, ils discutent article par article le projet de loi ; enfin, vient la troisième lecture, qui, dans la plupart des cas, n'est qu'une lecture de principe comme la première. Tout ceci est longuement expliqué dans le « Règlement annoté de l'Assemblée législative » P. Geoffrion, édition 1941, de l'art. 524 à l'art. 579. En vertu de ce même règlement, et selon l'art. 155, aucune motion, dont l'effet peut affecter les deniers publics, « ne peut être mise en délibération ni aux voix, à moins que le lieutenant-gouverneur n'en ait au préalable recommandé l'objet pendant la session en cours et qu'elle n'ait été renvoyée à un comité plénier et rapportée à ce comité ». Ceci explique que l'amendement Lizotte au projet de loi était irrégulier, donc, irrecevable, puisque, par ses dispositions, il impliquait une nouvelle dépense des deniers publics. D'ailleurs, cette règle de la responsabilité gouvernementale en matière de présentation des dépenses et de leur affectation se retrouve dans la quasi-totalité des parlements occidentaux.

(10) Le compte rendu de la chronologie des événements des 17, 18, 22 et 23 mars 1966, se retrouve dans les procès-verbaux, de la même année, de l'Assemblée législative du Québec, respectivement dans les numéros : 27, 28, 29 et 30.

(11) La technique de « l'appel de la décision du président » est simple. En vertu de l'article 71 du Règlement, un député peut en appeler à la Chambre, de toute décision rendue par le président. En règle générale, c'est le chef de l'Opposition qui fait cet appel, car, logiquement, le président, même impartial dans l'exercice de ses devoirs, vient des rangs ministériels, et on ne voit pas pourquoi le gouvernement en appellerait de la décision du président. De fait, une telle prise de position gouvernementale signifie un vote de blâme pour son président et en logique, celui-ci n'a plus qu'à démissionner. Donc, en règle générale c'est l'Opposition qui en appelle de la décision du président, et ceci pour divers motifs, dont le moindre est

de prouver à la population qu'elle, l'Opposition, surveille ses intérêts. Quand il y a appel de la décision du président, l'Assemblée doit immédiatement voter sur la question, et comme en règle générale le parti gouvernemental est majoritaire, cet appel est toujours renversé.

(12) Procès-verbal de l'Assemblée législative du Québec, No 31, séance du 24 mars 1966, pages 254-255.

(13) Cette loi sanctionnée le 31 mars 1966 est connue comme : « Loi de l'assistance médicale, chapitre 11, Statuts du Québec 1966 ».

DEUXIÈME CHAPITRE

Deux siamois : Convention collective et loi de l'Assistance sociale

La similitude des textes entre la loi de l'assistance médicale et la convention collective des médecins spécialistes et des médecins omnipraticiens est telle, qu'on peut presque supposer que tant le comité interministériel chargé d'étudier les implications de cette loi, que les rédacteurs de la loi ont, les premiers attendu l'issue des négociations entre le gouvernement et les médecins, et les seconds, simplement utilisé la copie de la convention pour ne modifier que la numérotation de certains articles et en changer le titre.

Rien n'est plus fastidieux qu'une lecture comparative de textes, surtout lorsqu'ils sont truffés d'expressions juridiques ou administratives.

Pourtant, il nous faut prouver notre affirmation du précédent chapitre : les députés, lorsqu'ils eurent à étudier, entre le 17 et le 24 mars 1966, la loi de l'assistance médicale, se trouvaient devant un texte de loi dont ils ne pouvaient modifier ni un point ni une virgule, parce que cette loi leur avait été imposée, dans sa forme et dans son fond, par les médecins, via la convention signée le 17 mars 1966.

A preuve, l'article 25 de cette convention qui spécifie : « ...*La présente convention ne lie les parties contractantes*

qu'à condition que la Loi soit conforme à la présente convention . . . »[1]

Précisons immédiatement que, pour ne pas alourdir inutilement ce chapitre par de continuelles références, cette étude comparative est basée sur les deux textes suivants :

1°) Convention collective, *signée le 17 mars 1966* entre, d'une part, M. Eric Kierans, alors ministre de la Santé, et, de l'autre, les docteurs Raymond Robillard et Gérard Hamel, présidents respectivement de la Fédération des médecins spécialistes du Québec, (FMSQ), et de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, (FMOQ) ;

2°) Loi de l'assistance médicale, chapitre 11, Statuts du Québec 1966, *sanctionnée le 21 mars 1966.*

Par ailleurs, il n'est pas dans notre intention d'étudier ici, tout au long, ces deux textes, d'abord parce que cette étude serait trop longue pour le lecteur, ensuite parce qu'on pourra les trouver en annexe de ce livre.

Notre intention est de citer les articles les plus marquants de ces deux documents, afin que le lecteur puisse juger, par lui-même, du bien-fondé de nos affirmations.

Enfin, dans le troisième chapitre, nous analyserons la portée exacte, sociale et législative, de ces deux documents.

Dans un texte de loi, il est normal de trouver des dispositions limitatives quant à la portée juridique, ou sociale, de cette loi. De même, on peut lire de telles dispositions dans une convention collective que lie une loi.

L'article 3 de la convention, et son corollaire l'article 2 de la loi, offrent tous deux un bel exemple de parallélisme dans la rédaction d'un texte.

Ces deux articles traitent des « bénéficiaires » de l'assistance médicale. Ces deux articles définissent que par bénéficiaires, il faut entendre les assistés couverts par cinq lois, soit : loi de l'assistance publique, loi de l'assistance aux mères nécessiteuses, loi des allocations aux aveugles, loi de l'aide aux invalides et loi de l'assistance aux personnes âgées.

Peuvent aussi être bénéficiaires de la loi de l'assistance médicale, au titre de ces deux articles, soit le conjoint du « bénéficiaire » s'il est à sa charge, soit les enfants mineurs et non mariés du bénéficiaire, qu'ils soient légitimes, naturels, adoptés légalement ou de fait, et à condition d'être à sa charge.

Soyons bon prince ! . . . Admettons, pour les besoins de la cause, que les médecins étaient en droit de connaître la liste des bénéficiaires auxquels s'adresseraient les soins qu'on exigerait d'eux . . . Admettons même que les médecins pouvaient exiger que cette précision soit inscrite et dans leur convention et dans la loi.

Mais comment peut-on justifier un texte de loi qui, avec des formes, ne reconnaît que les médecins comme partie prenante de cette loi ?

Ainsi, l'article 1, par. d) de la convention décrète que : « . . . l'établissement et le fonctionnement de tout régime d'assistance médicale doivent, *au préalable, être négociés avec les organismes qui représentent à cette fin la profession médicale . . .* »(1) ; et, tout aussi brutal, l'article 2 de cette même convention prévoit que : « le Ministre reconnaît la Fédération des Omnipraticiens et la Fédération des médecins spécialistes comme représentants des médecins de la Province de Québec pour fin de conclure la présente convention collective et voir à son application. »

Cette limitation à la seule gent médicale, et plus précisément aux membres de la Fédération des omnipraticiens et à ceux de la Fédération des médecins spécialistes, se retrouve, mutatis mutandis, à l'article 6 de la loi.

Autre exemple de parallélisme entre convention collective et loi : la création d'une Commission de l'assistance médicale, sa composition, son but, ses devoirs, etc. . . .

L'évolution dans les relations patronales-ouvrières a eu comme résultat de prévoir en règle générale, la création d'un comité paritaire chargé, soit de voir à l'application harmonieuse d'une convention collective, soit, de trouver une solution à divers problèmes qui se découvrent dans le cours normal de l'application d'une convention.

Jusqu'à un certain point le gouvernement n'échappe pas à cette règle, même si sa « Direction générale des relations du travail » (DGRT) ne comprend aucun représentant syndical, même si, surtout, cette DGRT, plus souvent qu'autrement, prend unilatéralement ses décisions.

En conséquence, il n'est pas surprenant de trouver dans la convention collective des médecins, ainsi que dans la loi de l'assistance médicale, des dispositions prévoyant la création d'une telle commission, plus ou moins paritaire, comme on le verra ci-après.

Ce qui surprend, par contre, c'est la prévision dans cette convention, jusqu'au moindre détail, du rôle, de la composition, des buts, etc. . . ., de cette Commission de l'assistance médicale, au point qu'on y détermine une prévision portant sur la date du dépôt du rapport de la Commission, ainsi que l'organisme récepteur de ce rapport.

Ainsi, les articles 6 à 15, inclusivement, de la convention traitent de la « Commission de l'assistance médicale », des « fonctions de la commission », des « règles de procédures de la commission » et du « rapport ».

Il est donc prévu, de l'article 6 à l'article 11 de la convention, que la Commission de l'assistance médicale comportera cinq (5) membres, avec un président nommé par le conseil des ministres, et dont au moins trois (3) de ces membres devront obligatoirement être médecins ; qu'un fonctionnaire, nommé par le Conseil des ministres, agira à titre de secrétaire de la commission ; que le Conseil des ministres verra à la rémunération des membres non fonctionnaires de la commission, ainsi que de l'allocation de leurs dépenses ; que le siège de la commission sera à Québec ; que la commission pourra nommer un médecin pour la représenter dans les différentes régions de la province ; et enfin, (et nous passons sur cette série d'articles), que le personnel nécessaire au bon fonctionnement de la commission est nommé et rémunéré suivant les dispositions de la Loi de la fonction publique.

On retrouve, presque mot pour mot, cette série d'articles de la convention aux articles 10 et 12 de la loi.

L'article 12 de la convention, qui traite des fonctions de la commission se retrouve mot pour mot, mais avec modifications dans la numérotion des paragraphes, à l'article 9 de la loi.

Par ailleurs, les articles 13 et 14 de la convention, qui prévoient les « règles de procédure de la commission » sont intégralement retranscrits dans les articles 10 et 11 de la loi.

Enfin, l'article 13 de la convention, qui traite du dépôt du « Rapport » annuel de la commission, est lui aussi intégralement retranscrit à l'article 10 de la loi.

Encore une fois, il est normal de lire dans une convention un article prévoyant la création d'un comité ainsi que le rôle dont il sera chargé.

Mais depuis quand a-t-on vu une convention collective imposer ses normes de procédure à une loi ? C'est pourtant le cas avec la convention des médecins et la loi de l'assistance médicale.

Continuons cette intéressante découverte de la convention et de la loi.

En vertu de l'article 17 de la convention, les médecins qui participent au plan de l'assistance médicale ne peuvent : « ... exiger ou recevoir pour l'assistance médicale dispensée à un assisté social aucune autre rémunération que celle prévue aux présentes. *Toute convention à l'effet contraire est nulle de plein droit ...* »[1]

Victoire gouvernementale dira-t-on ... le principe d'une rémunération unique et similaire quant à l'acte médical est, enfin, reconnu par les médecins. Exact en ce qui concerne 1966, mais faux en ce qui concerne 1968 comme on le constatera au chapitre 5.

Cet article 17 de la convention est reproduit intégralement à l'article 16 de la loi.

Veut-on découvrir une autre limitation de la convention qu'on retrouve intégralement dans la loi ? Il n'est que de comparer l'article 24 de la convention qui spécifie que : « la

présente entente ne vise que les soins médicaux et chirurgicaux dispensés à compter du 1er avril 1966 », avec l'article 23 de la loi, pour la trouver.

Même l'article 26 de la convention est similaire, dans son esprit, à l'article 8, par. c) de la loi.

En effet, l'article 26 de la convention prévoit que : « La présente convention se termine le 30 juin 1967 ou lors de l'entrée en vigueur d'un régime d'assurance-maladie, si un tel régime entre en vigueur avant le 1er juillet 1967 », ce que plus sobrement, l'article 8, par. c) de la loi dit : « . . . L'entente doit : . . . c) stipuler qu'elle prendra fin, au plus tard, au moment de l'entrée en vigueur dans la province d'un régime général d'assurance-maladie. »

Reconnaissons qu'une telle disposition, non seulement était nécessaire, mais que de plus, elle laissait une certaine liberté de manoeuvre au gouvernement pour l'imposition d'un plan d'assurance-santé et l'ouverture de nouvelles négociations avec les médecins.

On trouve aussi dans la convention collective des dispositions absentes de la loi, et vice-versa.

Mais dans l'ensemble, en étudiant les deux textes, l'impression demeure : la loi de l'assistance médicale n'a fait qu'entériner une convention dont les grandes lignes ainsi que le mode d'application ont été imposés par les médecins sans que le législateur, — en l'occurrence l'Assemblée législative, — n'ait eu son mot à dire.

Siamois dans leurs textes, siamois dans leurs pensées directrices, ces deux documents le sont encore à un nouveau titre : ils ont été l'un et l'autre imposés d'abord au gouvernement, (la convention), ensuite aux députés, (le texte de loi), sans que ni le gouvernement, ni les députés ne puissent vraiment s'opposer aux volontés des médecins.

En effet, à la veille d'une élection, le gouvernement Lesage pouvait-il canaliser contre lui l'inimitié des médecins, pouvait-il se payer le luxe d'une démission massive de la gent médicale, comme cela a été le cas en Saskatchewan avec le gouvernement CCF du temps ?

Le gouvernement CCF de M. Tommy Douglas, en faisant appliquer sa loi d'assistance-santé, malgré l'opposition vive des médecins de cette province, a perdu, un an plus tard, le pouvoir aux mains des libéraux de M. Ross Thatcher.

Par ailleurs, puisque dans l'immédiat, le gouvernement Lesage se trouvait incapable, pour diverses raisons toutes aussi valables les unes que les autres, d'établir un véritable système d'assurance-santé, il lui fallait parer au plus urgent : aider financièrement les assistés sociaux, alors au nombre de plus de 350,000, en établissant une loi d'aide gratuite dans le domaine des soins médicaux et chirurgicaux.

Ceci explique le genre de convention signée avec les médecins et l'adoption, pour ainsi dire à la vapeur, de la loi de l'assistance médicale, ainsi que la conformité de cette loi avec la convention.

Voilà pour les circonstances atténuantes que méritent et gouvernement et députés.

Mais si, dans l'immédiat, cette convention et cette loi réglaient certains problèmes, il n'en reste pas moins vrai que, jusqu'à un certain point, il y a eu désistement de la part du législateur devant les exigences des médecins, « désistement » dont les implications sociales et législatives se font encore sentir.

---

(1) Tous les soulignés de ce chapitre sont de nous.

TROISIÈME CHAPITRE

Lourde hypothèque sur l'avenir du plan d'Assurance-Santé

Au fond, il ne faut pas nous leurrer : les médecins, et plus spécifiquement les médecins spécialistes, en négociant avec le gouvernement Lesage une convention dont les termes servaient à établir la loi de l'assistance médicale, avaient un objectif en vue : le régime universel d'assurance-santé.

Il va de soi que si les médecins obtenaient dans cette première convention un maximum d'avantages, ceux-ci ne pourraient que se répéter dans la loi établissant un plan d'assurance-santé.

C'est en fonction de cet objectif que les médecins ont négocié avec le gouvernement.

Peut-on les blâmer d'avoir « habilement » su utiliser les circonstances du moment, — élections à venir dans l'année, nécessité de trouver une solution financière pour les assistés sociaux, obligés de se faire soigner, — pour imposer la majeune partie de leurs exigences au législateur ?

Assurément non si l'intérêt public a été sauvegardé ? Or, les médecins, de par leur vocation humanitaire, ne sont-ils pas là pour sauvegarder l'intérêt public ?

Oui! . . . devrait être la réponse. Las! . . . Tel n'a pas été précisément le cas dans ces négociations entreprises au prin-

temps 1966, qui ont abouti par le triomphe de l'intérêt d'un petit groupe privé, (les médecins), aux dépens de l'intérêt de la population.

Certes, au sens le plus restrictif du mot, « l'intérêt public » a été sauvegardé puisque maintenant, grâce à la loi de l'assistance médicale, plusieurs centaines de milliers d'assistés sociaux pourront recevoir gratuitement les soins médicaux et chirurgicaux.

Mais quel prix le gouvernement a-t-il été obligé de payer pour en arriver à un tel résultat ? Voilà la question.

Non seulement à cause, d'abord, de cette convention, ensuite de celle signée avec les radiologistes le 20 octobre 1967, et, enfin, de celle des médecins spécialistes, paraphée le 9 avril 1968, une lourde hypothèque pèse sur l'avenir du régime universel d'assurance-santé, mais de plus, par les dispositions mêmes de ces trois conventions, il n'est pas trop osé de croire qu'à toutes fins pratiques ce sont les médecins qui dirigent le ministère de la Santé.

• • •

Le gouvernement, en effet, dès la première convention, (celle du 17 mars 1966), a accordé des droits aux médecins, droits qu'il se refusait, dans le même temps, à reconnaître à ses fonctionnaires, à ses professionnels notamment, pour ne citer que ce dernier groupe.

Admirons au passage la double politique menée, en 1966, par le gouvernement Lesage dans ses négociations avec les médecins d'un côté, et les professionnels oeuvrant pour la province, de l'autre.

Parce que, électoralement, le gouvernement Lesage ne pouvait se permettre le luxe d'avoir à dos les médecins, parce que, à la veille d'une élection, il ne pouvait accepter, de la part de ces médecins, le déclenchement d'une grève ou

le lancement d'une campagne de démissions similaire à celle que la province du Saskatchewan avait connue quelques années auparavant, parce que, indépendamment de l'urgence de cette loi, il était, électoralement, bénéfique d'annoncer à la population la mise en vigueur d'une loi de l'assistance médicale, pour venir en aide aux assistés sociaux, — loi qui pouvait préfigurer un régime universel d'assurance-santé, — le gouvernement s'est senti obligé d'en passer par les « fourches caudines » des exigences médicales.

Or, dans le même temps, le gouvernement Lesage négociait avec quelque 2,000 professionnels, fonctionnaires provinciaux. Mais comme l'impact politique de ces négociations est faible auprès de la population, peu lui chaut que ces professionnels déclenchent une grève à la veille des élections et la continuent durant toute la campagne électorale, ce qui, dans les faits, a été le cas.

Au contraire, une telle intransigeance de la part du gouvernement Lesage lui garantissait à bon compte une « aura » de fermeté, et lui assurait la sympathie de la population, puisque en règle générale, elle méprise et envie tout à la fois les fonctionnaires provinciaux.

Fermons la parenthèse et revenons à nos moutons, — l'étude des implications de la convention, — d'autant plus que cette double attitude n'a pas été l'apanage du gouvernement Lesage, mais, comme on le verra dans les prochains articles, elle s'est prolongée sous le gouvernement de Johnson.

Donc politique de « deux poids, deux mesures », l'une valable pour les médecins, l'autre pour les fonctionnaires provinciaux, voilà l'une des premières implications, l'une des premières réalités de cette négociation et, de la convention.

• • •

Au nom de la « confidentialité », c'est-à-dire du principe que tel fonctionnaire ou groupe de fonctionnaires ne pouvait

être protégé par la convention collective parce que le travail accompli, par ce ou ces fonctionnaires était, dans trop de cas, soi-disant « hautement confidentiel », le gouvernement Lesage a tenté d'éliminer le plus grand nombre possible de professionnels et de fonctionnaires de la juridiction syndicale.

Dans le même temps, en vertu de l'article 2 de la convention signée le 17 mars 1966, — article 6 de la loi de l'assistance médicale, — il accepte la juridiction de la Fédération des omnipraticiens ainsi que celle de la Fédération des médecins spécialistes sur *tous* les médecins membres de ces organismes.

Alors que le gouvernement refusait obstinément les propositions salariales des employés de la Régie des alcools, (au point qu'ils ont déclenché une grève à la veille de Noël 1964), celles présentées par les fonctionnaires provinciaux, (avec comme risque une grève générale dont le principe a été voté en février 1965), ainsi que celles, plus fouillées, des 2,000 professionnels oeuvrant pour la province, (l'une des causes de la grève en mai 1966), ce même gouvernement acceptait le « tarif officiel d'honoraires professionnels de la Fédération des médecins spécialistes », tarif établi unilatéralement par ces médecins, sans que lui, gouvernement, ait eu son mot à dire dans son élaboration.

A ce sujet, il faut préciser le point suivant : dans le cours des négociations, menées en 1966, dans le cadre de la loi de l'assistance médicale, la Fédération des médecins omnipraticiens présentait au gouvernement Lesage des offres « salariales » nettement moindres que celles en provenance des spécialistes. Ceux-ci, par leur intransigeance, *ont imposé* et au gouvernement Lesage et aux médecins omnipraticiens leur tarif d'honoraires, établi unilatéralement par eux, ainsi que leur taux de remboursement.

Seule restriction à l'imposition unilatérale de ce tarif : les médecins, dans le cadre de l'assistance médicale, devront accepter de la part du gouvernement un remboursement à 70% du tarif s'il s'agit d'actes médicaux, et à 60% s'il s'agit d'actes chirurgicaux ou anesthésiques.

Mais le principe demeure : d'un côté on refuse d'envisager une négociation sur les salaires à partir d'une donnée syndicale, de l'autre, on accepte un tarif unilatéralement établi par la partie médicale.

Alors que le gouvernement, en 1966, (tout comme en 1969 d'ailleurs), impose des règles strictes de remboursement pour l'usage, par ses fonctionnaires, d'une automobile personnelle, selon un barème qui lui est propre, soit : $0.06 du mille parcouru si le fonctionnaire fait un trajet simple entre une ville et une autre, $0.15 du mille en été et $0.18 en hiver, si son travail l'oblige à s'arrêter dans plusieurs villes ou villages, ce même gouvernement négocie, — (ce qu'il n'a pas fait en 1966 avec ses fonctionnaires), — et accorde aux médecins un tarif de $0.50 du mille « à calculer d'un point situé à cinq milles des limites de la ville ou du village où exerce le médecin ... » (Article 19, par. i de la Convention).

Admettons que les médecins résidant à Montréal ne peuvent facilement bénéficier de ce tarif, puisque la métropole est grande; admettons aussi que le fonctionnaire qui utilise son automobile est payé deux fois : une première fois en étant remboursé de ses dépenses de voyage, une seconde fois parce qu'en service commandé, tout en roulant dans sa voiture, il touche son salaire, ce qui n'est pas le cas des médecins, disent-ils, puisque lorsqu'ils utilisent leur automobile pour aller voir un malade, ils ne sont pas rétribués durant le temps requis pour se rendre de leur maison à celle du patient.

Mais ne sont-ils pas rétribués à l'acte médical et n'ont-ils pas l'assurance d'être remboursés par l'assistance médicale lorsqu'ils visitent un patient, assisté social ? En conséquence, ne peut-on pas arguer que eux aussi sont rétribués deux fois : une première, en utilisant leur automobile, et une seconde, en recevant leurs honoraires dus à la suite de cette visite ?

Argumentation spécieuse ? Mais que vaut une justification basée sur le fait qu'en accordant un tel tarif de remboursement pour l'usage, par le médecin, de son automobile, ($0.50 du mille), le gouvernement a voulu non seulement

trouver un moyen de mieux répartir les médecins dans les régions périphériques des grandes villes, mais aussi encourager le médecin à se déplacer chez le patient ?

Pourtant, le rôle du médecin n'est-il pas d'aller soigner un malade à son domicile, lorsque le besoin s'en fait sentir ?

Alors que le gouvernement, dans ses relations avec les syndicats de la fonction publique ou para-publique, n'accepte que des comités d'étude limités strictement à un rôle de consultants, et restreint régulièrement la portée des conventions qu'il a paraphées avec ces syndicats, en adoptant, par arrêtés-en-conseil, des règlements de régie interne à portée restrictive, non seulement accorde-t-il aux médecins une commission où ils sont majoritaires, mais de plus, donne-t-il des pouvoirs à cette commission, pouvoirs qui, à toute fin pratique, peuvent abandonner aux médecins le contrôle du ministère de la Santé.

Comment interpréter autrement la série d'articles numérotées de 6 à 15 dans la convention, — série qu'on retrouve fondamentalement dans la loi de l'assurance médicale aux articles 9, 10, 11 et 12, — où on lit, notamment, que :

a) La commission sera formée de cinq membres dont au moins trois médecins, (art. 6 de la convention) ;

b) La commission peut nommer un médecin pour la représenter dans les différentes régions de la province, (art. 10 de la convention);

c) La commission, à la majorité de ses membres, décide en dernier ressort du bien-fondé d'un compte d'honoraires, même si la plainte est portée par le ministre de la Santé, (art. 14 de la convention);

d) Le Collège des médecins, si la commission le juge à propos et sur plainte du ministre s'il y a lieu, peut être saisi de toute enquête si des « soins dispensés n'étaient pas médicalement nécessaires », (art. 14 de la convention).

Terminons cette comparaison entre médecins et fonctionnaires, par le fait suivant : alors que le gouvernement, — à

juste titre d'ailleurs, — s'est toujours refusé, dans ses négociations avec ses fonctionnaires, d'une part, à laisser grignoter la moindre parcelle de son pouvoir de législateur, et, de l'autre, à hypothéquer une future loi de la fonction publique, par l'inclusion, dans les conventions collectives de ses fonctionnaires, d'une clause prévoyant la réouverture automatique des négociations, advenant le cas où cette loi, en devenir, de la fonction publique modifierait sensiblement la portée de telles conventions, il n'a pas hésité à partager ce pouvoir de législateur avec les médecins.

De fait, en vertu de l'article 3 de la convention : « *Aucun amendement des lois mentionnées au paragraphe « A »,*[1] *n'a pour effet de modifier les dispositions de la présente entente, sauf du consentement des parties aux présentes.* »[2]

• • •

De tout ce qui précède, découlent deux constatations :

1°) La preuve est faite que le gouvernement mène, dans ses négociations, une politique de « deux poids, deux mesures », selon qu'il s'agit des médecins ou des fonctionnaires;

2°) Le gouvernement, en accordant de si grands privilèges aux médecins, n'a pas hésité à hypothéquer lourdement l'avenir du régime d'assurance-santé, certes, mais aussi à paralyser partiellement la réforme dans le domaine du bien-être social, sans oublier qu'il se liait monétairement pour l'avenir. Comment ?

Avant de développer le deuxième thème, il nous faut revenir sur la comparaison entre convention des médecins et convention des fonctionnaires.

Pour les besoins de la cause, partons du principe que cette comparaison est boiteuse, puisque d'un côté on trouve 7,000 médecins, tous professionnels et universitaires, et, en majeure partie, à leur propre compte, alors que de l'autre, il

y a quelque 30,000 fonctionnaires, soit ouvriers, soit employés de bureau, dont les études ne dépassent pas une douzième année de scolarité.

A première vue, l'argument peut paraître valable : après tout les médecins ne sont pas des fonctionnaires, et, pour compléter l'argument, leur nécessité, au niveau de la population, se fait plus sentir que celle de la majeure partie des employés gouvernementaux.

Mais c'est oublier trop facilement que, outre ces fonctionnaires, on trouve au-delà de 2,000 professionnels, (ingénieurs, comptables, chimistes, ingénieurs-forestiers, arpenteurs-géomètres avocats, médecins même, etc...), qui eux aussi sont des universitaires, qui eux aussi possèdent un code de déontologie, qui eux aussi peuvent, si les circonstances le permettent, ouvrir un cabinet privé, qui eux aussi, enfin, sont, de par leurs connaissances, indispensables à la société.

Pourtant, dans leur cas et par rapport aux médecins, le gouvernement, tout comme pour ses fonctionnaires, est resté, parfois à juste titre, ferme sur ses positions.

Par ailleurs, une étude comparative d'un texte négocié avec le gouvernement n'est valable que si ce texte est confronté avec un autre, également négocié par ce gouvernement. Il est évident qu'une comparaison entre un texte gouvernemental et un texte patronal d'entreprise privée ne peut être valable, à moins qu'on veuille prouver que, dans le cas des médecins, le gouvernement a agi de la même manière qu'une compagnie d'assurances,—seul type de compagnies privée dont, à fortiori, la comparaison pourrait être valable, — de la même manière donc qu'une compagnie d'assurances négocie avec les médecins pour l'imposition de tarifs médicaux dans le cadre d'un plan d'assurance-maladie. Or, c'est justement ce genre de preuve et d'affirmations que nous nous refusons à faire dans ce livre.

De plus, en acceptant, dans le cadre de la loi de l'assistance médicale, de se lier par une convention collective, en acceptant de la part du gouvernement, un remboursement

de leur tarif à des pourcentages précis, les médecins, qu'ils le veuillent ou non, consentent à devenir, par la bande, des fonctionnaires de l'Etat.

• • •

Même si, au chapitre de la rétribution, le gouvernement était en droit d'agréer aux exigences unilatérales des médecins, (et cette preuve n'est pas encore faite), il n'en reste pas moins vrai qu'il ne pouvait lier, par une convention, le sort d'un régime d'assurance-santé, l'autorité d'un organisme gouvernemental, en l'occurrence le ministère de la Santé, et l'avenir d'une réforme en profondeur au chapitre du bien-être social.

En acceptant le tarif officiel d'honoraires des médecins spécialistes, comme le précise l'article 19, paragraphe K) de la convention, — tarif accepté par les médecins omnipraticiens, — le gouvernement a posé un geste lourd de conséquences, puisque :

1°) Le précédent étant posé, le gouvernement, quel qu'il soit, était obligé, dans le contexte d'une négociation entre lui et médecins pour l'implantation d'un régime universel d'assurance-santé, d'accepter à nouveau le tarif d'honoraires établi uniquement par les médecins;

2°) Rien ne lui garantissait qu'à partir de cette acceptation, les médecins, dans toute nouvelle négociation, n'en profiteraient pas pour, *unilatéralement,* majorer ce tarif, et à nouveau, l'imposer au gouvernement; [3]

3°) Puisqu'il était acquis que les médecins avaient pu, une première fois, imposer unilatéralement leur tarif d'honoraires, rien ne garantissait au gouvernement qu'à partir de ce fait, dans le cadre d'une nouvelle négociation, non seulement pourraient-ils imposer un

nouveau tarif majoré par rapport au premier, mais de plus, n'auraient-ils plus qu'à discuter sur le pourcentage du taux de remboursement dudit tarif, en essayant d'obtenir le plus fort pourcentage possible, afin de diminuer d'autant « leur participation gratuite » à l'application, d'abord de la loi de l'assistance médicale, ensuite, dans l'avenir, du régime d'assurance-santé;[4]

4°) De ce fait, la porte était ouverte aux médecins pour que financièrement ils sortent les grands vainqueurs de cette négociation, au risque de creuser un gouffre financier gouvernemental au seul titre de la loi de l'assistance médicale.

De fait, si à l'origine, l'application de la loi de l'assistance médicale ne coûtait au gouvernement, sur les fonds consolidés de la province, qu'une somme approximative de $17 millions, année après année, cette dépense allait en augmentant, au point qu'en 1968, il en avait coûté au gouvernement la bagatelle de près de $20 millions, et cette augmentation n'était tout simplement pas due à un accroissement du nombre des assistés sociaux, mais bien, pour une grande part, au fait que le tarif des médecins, et le pourcentage de remboursement, avaient été fortement majorés en 1967 et en 1968, comme on le constatera au chapitre 6 de ce livre.

Par ailleurs, le gouvernement, en acceptant d'aliéner une partie de l'autorité du ministère de la Santé, au profit des médecins, a prouvé que leur « lobby » était assez puissant pour l'obliger à retraiter sur un de ses rôles fondamentaux : la surveillance et la vérification des dépenses publiques.

Loin de nous l'idée d'affirmer qu'une telle surveillance et une telle vérification sont inexistantes, au niveau de l'application de la loi de l'assistance médicale, mais les deux se trouvent lourdement grevées par les dispositions mêmes et de la convention et de la loi.

Il faut garder en esprit que la loi de l'assistance médicale est financée à même les multiples impôts et taxes extraits

des goussets du contribuable; il faut se souvenir que les soins fournis aux assistés sociaux par les médecins sont remboursés à même les dépenses publiques, pour comprendre comment le gouvernement, par cette convention du 17 mars 1966, n'a pas su, ou pas pu poser les garde-fous nécessaires pour lui permettre une véritable vérification des comptes d'honoraires des médecins.

Selon les propres termes de la convention et de la loi, la Commission de l'assistance médicale est dominée par les médecins, puisque trois (3) de ses membres sur cinq (5) sont obligatoirement des médecins; cette commission décide sans appel de toute plainte concernant les comptes d'honoraires; elle peut demander avis au Collège des médecins sur toute plainte concernant des soins jugés non nécessaires médicalement, (disons que c'est une disposition logique); elle nomme des médecins pour la représenter dans les diverses régions de la province,[5] etc...

Mais il y a plus, car au nom du « secret professionnel » si farouchement défendu par les médecins, et en vertu de l'article 18 de la loi : « Le ministre de la Santé, le ministre de la Famille et du bien-être social, les membres et représentants de la commission, de même que les fonctionnaires et employés préposés à la mise à exécution de la présente loi ne doivent pas révéler, autrement que dans la mesure requise en vertu d'un accord conclu aux termes de l'article 19, [6] un renseignement obtenu dans l'exécution de la présente loi et *ils ne pourront être contraints de le faire devant aucun tribunal de juridiction civile...* » [7]

Même si le « secret professionnel » est reconnu, à la fois chez le médecin, et quelquefois chez le journaliste, n'est-ce pas en pousser trop loin le respect en paralysant le rôle du Vérificateur de la province, lequel, comme un simple député, ne peut par cet article vérifier les comptes d'honoraires des médecins. Ces comptes ne sont-ils pas à la base des dépenses affectées au titre de l'assistance-médicale ? Pauvre Vérificateur de la province !... en parlant de lui, nous pouvons parodier Molière, ce grand ami des médecins, et répéter : « Que diable, vient-il faire dans cette galère ? »

Par ailleurs, toujours au nom du « secret professionnel », en interdisant à tout tribunal la contrainte judiciaire à un membre de la commission, ou à un de ses employés, ou au ministre intéressé, pour déposer devant le tribunal tout document de cette commission, on ouvre la porte à toute poursuite en diffamation contre un particulier qui dénonce, de bonne foi, les us et coutumes d'application de la loi, sans qu'il puisse véritablement se défendre, puisque l'accès aux documents officiels lui est strictement interdit.

En outre, puisque l'article 20 de la loi autorise le remboursement « à un hôpital ayant conclu une entente en vertu de la loi de l'assurance-hospitalisation (du) coût de services diagnostiques fournis à un assisté social sur la prescription d'un médecin... », aucune garantie, par cette disposition, n'est fournie au Vérificateur de la province que des comptes, qui doivent être facturés au titre de l'assistance-maladie, ne le sont, — par erreur, — à celui de l'assurance-hospitalisation, puisque de toute façon, le Vérificateur de la province ne peut, au nom du « secret professionnel » et en vertu de l'article 18 de la loi de l'assistance médicale, vérifier les comptes d'honoraires des médecins ? (8)

Par ailleurs, c'est tout l'avenir d'une réforme en profondeur de notre système d'assistance sociale qui a été mis en jeu par cette convention, puisque, en vertu de l'article 2 de la convention, aucune des cinq lois fondamentales d'assistance sociale, — loi de l'assistance publique, loi de l'assistance aux mères nécessiteuses, loi des allocations aux aveugles, loi de l'aide aux invalides, et loi de l'assistance aux personnes âgées, — ne peuvent être amendées si ces amendements ont pour effet de modifier les dispositions de la convention. Pour que de tels amendements puissent voir le jour, il faut alors l'accord des médecins.

Or, on connaît l'importance que M. René Lévesque, alors ministre de la Famille et du bien-être social, — à la suite des recommandations formulées dans le rapport Boucher, recommandations qui rejoignaient sa philosophie du rôle que le gouvernement avait à jouer dans le domaine social,

— on connaît donc l'importance qu'il attachait à cette réforme en profondeur de nos lois d'assistance sociale, réforme qui, dans son esprit, devait se concrétiser par une loi-cadre de l'assistance sociale.

Il va de soi que la promulgation d'une telle loi-cadre aurait dérangé bien des habitudes et aurait eu comme conséquence de modifier sensiblement la portée de la convention signée avec les médecins. Ceux-ci étaient-ils prêts à accepter une modification de leur convention ?

Finalement, cette convention, ainsi que son corollaire : la loi de l'assistance médicale, consacraient une forme de discrimination au niveau des divers groupes de professionnels oeuvrant dans le domaine de la santé.

Cette discrimination existait déjà avant la signature d'une telle convention et avant l'adoption de cette loi. Elle existait tant au niveau de certaines lois qu'au niveau de l'administration gouvernementale,[9] mais fallait-il la confirmer dans une nouvelle loi alors que l'intérêt public était en jeu ?

De fait, tant l'article 6 de la loi, que les articles 1-D et 2 de la convention, ne reconnaissent comme interlocuteurs que les seuls médecins membres de la Fédération des omnipraticiens ou de celle des médecins spécialistes.

Que fait-on des pharmaciens, des dentistes, des psychologues, des optométristes, et autres professionnels de la santé ? On les laisse en « plan » avec l'espoir qu'ils seront peut-être « recyclés » dans une loi instituant le régime d'assurance-santé.

• • •

Pour conclure, disons que cette convention et cette loi, malgré le fait qu'elles hypothéquaient lourdement l'avenir d'un plan d'assurance-santé, aliénaient une partie du pouvoir

gouvernemental aux mains des médecins, établissaient une politique gouvernementale de « deux poids, deux mesures », retardaient une réforme profonde de notre système d'assistance sociale, et confirmaient la discrimination de certains groupes de professionnels de la santé au profit de la gent médicale, reconnaissons que cette loi et cette convention comportaient quelques mérites, puisque :

1°) En limitant la convention à une durée d'un an, le gouvernement Lesage pouvait, dans une future négociation, pallier certaines carences majeures exposées dans ce chapitre;

2°) A partir de cette négociation, maintenir une position ferme sur le pourcentage de remboursement admis au titre de cette loi;

3°) Au bout d'un an, se désengager en ce qui concerne la consultation des médecins quant à la réforme à apporter aux lois de l'assistance sociale;

4°) Prévoir la mise en place d'un régime universel d'assurance-santé avec participation de *tous* les professionnels de la santé;

5°) Reconsidérer, puisque les élections auraient été chose du passé, ses rapports avec la gent médicale;

6°) Via cette loi, qui répondait à une urgence « nationale », préparer la mise en place des organismes nécessaires à l'application de ce régime d'assurance-santé que le gouvernement fédéral s'apprêtait à lancer au niveau du Canada tout entier.

Ceci dit, les bienfaits d'une telle loi, dont les termes ont été imposés au préalable par une convention, ont-ils compensé ses méfaits ? Plus précisément, les principaux défauts de cette loi ont-ils été estompés avec le renouvellement, en 1968, de la convention, ceci au niveau strictement des médecins spécialistes, puisque les omnipraticiens, dès 1967, s'étaient mis d'accord avec le gouvernement de M. Daniel Johnson ?

Autrement dit : les médecins spécialistes, forts de cette première convention, ont-ils accepté de « lâcher du lest » de façon que leurs propres intérêts et ceux de la population puissent coïncider, sans empiétement de part et d'autre ?

Puisque les médecins, et principalement les médecins spécialistes, négociaient dans le cours du printemps 1966, une convention limitée à l'application de la loi de l'assistance médicale, certes, mais avec en vue la mise en oeuvre, par le gouvernement, d'un régime d'assurance-santé; puisqu'ils tentaient, via cette première convention, d'obtenir, en prévision de ce régime d'assurance-santé, le plus d'avantages possible, pouvait-on croire un seul instant qu'ils relâcheraient leurs « pressions » tout simplement parce qu'un nouveau gouvernement exprimait sa foi dans l'entreprise privée et déclarait qu'un tel régime d'assurance-santé ne verrait pas le jour avant quelques années ?

Habiles négociateurs, — et les médecins spécialistes en la personne de leur président, le Dr Raymond Robillard, peuvent, en ce domaine, en remontrer aux plus chevronnés des chefs syndicalistes— forts de l'acquis de 1966 mais incertains de l'attitude gouvernementale, les médecins spécialistes allaient en deux temps, non seulement consolider leurs positions, mais surtout transformer en victoire pour ainsi dire définitive ce qui, avec le gouvernement Lesage, n'était « qu'un gain à la première manche ».

A la suite de cette victoire des médecins spécialistes, il apparaît que les clauses de la convention de 1966 qui peuvent porter le plus à controverse sont réaffirmées avec force dans la convention de 1968.

---

(1) Les lois mentionnées au paragraphe « A » de l'article 3 de la convention sont les suivantes : loi de l'assistance publique, loi de l'assistance aux mères nécessiteuses, loi des allocations aux aveugles, loi de l'aide aux invalides, et loi de l'assistance aux personnes âgées.

(2) Le souligné est de nous.

(3) On verra au chapitre 6, de quelle façon les médecins spécialistes ont obtenu, de la part du gouvernement Johnson, une augmentation sensible de ce tarif d'honoraires professionnels des médecins spécialistes.

(4) On verra au chapitre 6, de quelle manière les médecins spécialistes ont obtenu, en 1968, une augmentation sensible sur le taux de remboursement, par le gouvernement, dudit tarif d'honoraires.

(5) Dans la convention de 1968, les médecins spécialistes ont augmenté la portée de cette disposition, en exigeant que ce médecin soit recommandé par les deux Fédérations. Voir à ce sujet le chapitre 5.

(6) L'article 19 dont il est ici question, prévoit la possibilité d'accords entre Québec et Ottawa pour « faciliter la mise à exécution de la présente loi », soit la loi de l'assistance médicale.

(7) Le souligné est de nous.

(8) Cet obstacle à une véritable vérification des comptes d'honoraires a posé un problème au gouvernement et aux médecins, au point que dans la convention passée le 9 avril 1968 entre gouvernement et médecins spécialistes, il est prévu la formation de deux nouveaux organismes de contrôle. organismes dont il sera question au chapitre 5.

(9) Cette question de la discrimination pratiquée envers certains groupes de professionnels de la santé est plus longuement analysée, en prenant comme cas type le groupe des optométristes, aux chapitres 7 et 8.

QUATRIÈME CHAPITRE

Une grève inspirée par la Fédération des médecins spécialistes

Quelques mois après son accession au pouvoir, le gouvernement de M. Daniel Johnson annonçait qu'aucun régime d'assurance-santé ne pourrait, faute d'argent, être mis en vigueur en juillet 1967, comme l'avait promis, auparavant, le gouvernement de M. Jean Lesage.

Or, la convention signée le 17 mars 1966, avec les deux fédérations de médecins, (médecins spécialistes et omnipraticiens), stipulait que l'entente resterait en vigueur jusqu'au 30 juin 1967, à moins que, d'ici le premier juillet de la même année, un régime d'assurance-maladie soit institué, auquel cas, la convention devenait caduque.

En outre, il était précisé, que si un tel plan ne voyait pas le jour en 1967, les parties devaient réouvrir les négociations au 1er avril 1967 au plus tôt et au 15 avril au plus tard.

Puisqu'il n'était plus question d'un régime d'assurance-santé pour 1967, la réouverture des négociations s'imposait. A partir de ce moment-là, la situation pour les médecins spécialistes était simple : ou, en accord avec les médecins omnipraticiens, ils acceptaient, dans le cours de ces négociations, de « lâcher du lest », ou, faisant « cavalier seul », ils tentaient de trouver un moyen de pression auprès des autorités gouver-

nementales, en vue de consolider l'acquis de l'année précédente et si possible, obtenir de meilleures garanties pour l'avenir.

A priori, cette vue de l'esprit en matière de négociations est à la base de toute technique de renouvellement de convention collective. Mais il faut considérer, justement, que la Fédération des médecins spécialistes, même incorporée en vertu de la loi des syndicats professionnels, n'est pas un syndicat au sens précis du mot, et que de ce fait, toute action menée par elle, en vue d'obtenir des avantages « normatifs » et pécuniaires exorbitants, l'est aux dépens de l'implantation au Québec d'un régime d'assurance-santé, et donc aux dépens de « l'intérêt public ».

Il est vrai que durant de très nombreuses années, les médecins spécialistes se sont opposés à l'universalité d'un tel régime, et qu'à partir de ce moment-là, tout commentaire sur le sens des mots « intérêt public » est superflu.

Quoi qu'il en soit, les médecins spécialistes, dans le cadre des négociations de 1967, visaient un double objectif : faire accepter par le gouvernement leur « tarif 1967 » largement majoré par rapport à celui de 1966, et augmenter leur pouvoir dans le cadre de la nouvelle convention.

De son côté, le gouvernement ne l'entendait pas de cette oreille, et ce n'est que justice que d'affirmer ici que le ministre de la Santé, M. Jean-Paul Cloutier s'opposait fortement à plus d'une exigence des médecins spécialistes, parce que trop arbitraires selon lui.

De la même manière, M. Jean-Paul Cloutier, en accord avec certains des hauts-fonctionnaires de son ministère, refusait d'accepter le « tarif 1967 » des médecins spécialistes, parce que fortement majoré par rapport à celui de 1966 c'est vrai, mais surtout parce que ce tarif, unilatéralement élaboré par les médecins, risquait d'hypothéquer fortement l'avenir financier du régime universel d'assurance-santé.

Car, et c'est une autre justice à rendre à M. Jean-Paul Cloutier, contrairement à quelques membres du cabinet

Johnson, le ministre de la Santé, lui, croyait à ce plan et désirait le voir mettre en application.

Mais . . . « la politique a des raisons que la Santé ignore », et, malgré les fortes réticences du ministre et de certains de ses hauts-fonctionnaires, les médecins spécialistes parvinrent à leurs fins.

Comment ? C'est ici qu'entre en jeu la « grève » déclenchée par les radiologistes dans le cours du mois de juillet 1967.

Alors que la Fédération des médecins omnipraticiens étudiait une entente nouvelle avec le gouvernement, celle des médecins spécialistes, décidée à briser la résistance du ministre de la Santé, déclenchait, froidement, au mépris de l'intérêt public, ou, à tout le moins, parrainait le déclenchement de la grève des radiologistes et reportait à plus tard le règlement de ses propres négociations.

Pourquoi avoir choisi les radiologistes plutôt qu'un autre groupe de spécialistes ?

D'abord, parce que ceux-ci étaient exclus de la convention signée le 17 mars 1966 et étaient rétribués, selon un barème établi en 1962, au titre de la loi de l'assurance-hospitalisation.

En incluant les radiologistes dans le cadre de la loi de l'assistance médicale, on consolidait le pouvoir de négociations des spécialistes en vue d'un éventuel régime d'assurance-santé.

Ensuite, parce que, comme le fait si bien remarquer M. Vincent Prince, éditorialiste au quotidien *Le Devoir*, « . . . Pour la Fédération des médecins spécialistes, le terrain de bataille ne saurait être plus avantageux. Les radiologistes occupent des positions-clé au sein de tout système de soins. On ne peut à peu près pas se passer d'eux. A preuve le pourcentage effarant de lits inoccupés présentement dans nos hôpitaux parce que les radiologistes en sont absents. *Si l'on peut forcer le gouvernement à capituler, c'est donc avec les radiologistes.* D'où l'importance de cette première manche.» (1) (2)

Il faut, toutefois, reconnaître que sur au moins deux points les radiologistes étaient en droit de présenter certaines exigences : il est évident, par exemple, qu'il n'était que normal que les radiologistes, au même titre que les autres médecins spécialistes de la Fédération, soient intégrés dans le système de remboursement prévu par la loi de l'assistance médicale.

Par ailleurs, le mode de remboursement des actes posés par les radiologistes, prévu par entente entre gouvernement et radiologistes en 1962, à la suite de la mise en application de l'assurance-hospitalisation, était à tout le moins désuet puisqu'il prévoyait :

1°) L'établissement de la rémunération à l'acte médical évalué en terme d'unité;
2°) Une échelle de rémunération allant de douze sous ($0.12) à vingt-deux sous ($0.22) l'unité, avec un accroissement de un sou ($0.01) l'unité par année d'expérience;
3°) Après un maximum de 120,000 unités, une rémunération à demi-tarif pour les unités excédentaires, sauf si le travail était accompli en dehors des heures régulières, auquel cas le plein tarif s'appliquait.

Le fait de fractionner en unités de mesure un acte médical au lieu de l'évaluer dans son entière composante était, en 1962, peut-être une formule justifiable, puisque la loi de l'assurance-hospitalisation avait à peine un an d'existence, et qu'il fallait laisser le temps au gouvernement d'en roder son application. Mais en 1967, avec l'introduction de la loi de l'assistance médicale, cette méthode ne se justifiait plus, et c'est à juste titre que les radiologistes demandaient un remboursement à l'acte médical, comme tel, et non plus à l'acte médical fractionné en unités.

De la même manière, pourquoi pénaliser un radiologiste en diminuant de moitié le taux de remboursement des actes médicaux qu'il posait, tout simplement parce qu'il avait dépassé le plafond des 120,000 unités. Là encore, les radiologistes avaient raison de demander l'annulation d'une telle disposition.

Enfin, on peut toujours discuter du bien-fondé quant à l'augmentation du tarif selon les années d'expérience. Il est vrai que l'acte posé par un radiologiste frais émoulu de ses cours et un radiologiste chevronné par de nombreuses années de pratique, est le même, mais si, en matière de syndicalisme, on accepte ce principe de l'ancienneté, tant dans l'avancement que dans l'augmentation des salaires, il n'est pas plus mauvais de l'appliquer à un groupe comme les radiologistes.

Admettons toutefois que puisque le radiologiste est un professionnel dont les revenus sont assurés par les actes médicaux qu'il pose, et que ces actes sont similaires, qu'ils soient accomplis par un néophyte ou par un ancien, que cette disposition pouvait décourager les jeunes médecins à se spécialiser dans la radiologie, mais, jusqu'à présent, aucun document, du moins à notre connaissance, provenant de la Fédération des médecins spécialistes, ou de l'Association des radiologistes, n'est venu corroborer cette assertion.

A toutes fins pratiques, les radiologistes avaient raison, en 1967, de réclamer, de la part du gouvernement, une modification des deux points mentionnés ci-haut.

Mais là où le bât blesse, c'est que du même souffle, ils voulaient imposer comme barème d'honoraires le « tarif 1967 » élaboré unilatéralement par leur fédération, en en discutant simplement le taux du pourcentage de remboursement, – et on verra plus loin quels étaient ces taux de pourcentage, – et de plus, par l'inclusion de certaines clauses dites « normatives », ils voulaient lier légalement le gouvernement en ce qui concerne la mise en application du régime d'assurance-santé.

Inutile de préciser que partie en si bon chemin, grâce à certaines de ces clauses, la Fédération des médecins spécialistes s'assurait et du contrôle de l'application de la loi de l'assistance médicale, mais cette fois-ci définitivement, et du contrôle de l'application de la loi d'assurance-hospitalisation, et, surtout, du contrôle du régime d'assurance-santé.

Il va de soi que le gouvernement, du moins le ministère de la Santé, ne pouvait ainsi s'engager, d'où le déclenchement de la grève des radiologistes dans le cours de l'été 1967.

Il est à remarquer que tant les radiologistes que les responsables de la Fédération des médecins spécialistes ont toujours refusé ce mot de « grève » à l'action qu'ils venaient d'entreprendre.

Plus subtilement, ils déclaraient qu'ils s'étaient « désengagés », c'est-à-dire retirés de l'application de la loi d'assurance-hospitalisation.

Cette subtilité fait penser à celle qu'utilisaient, en 1965, les enseignants des treize (13) commissions scolaires de la banlieue de Québec, alors que vers la fin du mois de janvier, devant l'impasse des négociations, et parce que le droit de grève ne leur avait pas encore été accordé, ils se sont lancés dans une série de « journées d'études ».

Dans un cas comme dans l'autre, « journées d'études » ou « désengagement », d'un côté, les portes des écoles étaient fermées, laissant dans la rue pendant plus d'un mois au-delà de 12,000 élèves, de l'autre, nos hôpitaux qui, désertés par les radiologistes, sauf cas d'urgence, ne pouvaient plus recevoir les patients, et dans les deux cas, même si le mot déplaît aux radiologistes, il s'agissait bel et bien d'une *grève* déclenchée pour obliger la partie adverse à plier en utilisant le matériel humain sous la main : les élèves, dans le cas des enseignants, les patients, dans celui des radiologistes.

Mais en quoi consistaient ces exigences que le gouvernement estimait, en juin 1967, inadmissibles pour lui ?

Passons rapidement, car il en sera traité plus longuement dans le chapitre 6, sur cette question du « tarif 1967 », tout en faisant nôtre cette assertion de M. Vincent Prince, déjà citée :

«. . . Cette demande était inacceptable et le gouvernement l'a écartée avec raison. *Nous dirions même que c'était là une demande indécente.*[1] Ces tarifs ont été fixés unilatéralement par la partie syndicale.(. . .) Reconnaître aux radiologistes le droit d'établir ce qu'ils considèrent être un juste tarif équivaudrait également à placer le gouvernement dans la position d'un patron qu'on pourrait taxer d'injustice plus ou moins

grande. (...) Ce n'est pas ce qu'on appelle de la négociation et les radiologistes sont pourtant les premiers à proclamer que tout doit être négocié.» [3]

Au sujet de cette question du « tarif 1967 », il est intéressant de connaître la position du gouvernement.

En date du 21 septembre 1967, le ministre de la Santé, M. Jean-Paul Cloutier écrivait :

«... Cette question du tarif comporte deux aspects. La Fédération propose au gouvernement de reconnaître son tarif, c'est-à-dire la nomenclature des actes médicaux et leur valeur relative exprimée en dollars de la valeur relative de la Fédération. *Le gouvernement désire que l'on indique le taux réel négocié des actes médicaux basés sur la nomenclature et la valeur relative des actes tel qu'établi par la FMSQ et non pas le pourcentage négocié d'un tarif indicatif qui ne s'applique plus pour les radiologistes sitôt l'entente conclue.*» [1] [4]

Et le ministre ajoutait : « ... La Fédération voudrait fixer unilatéralement les niveaux théoriques des taux et le gouvernement veut, lui, négocier le taux réel des actes médicaux posés pour une année précise.» [5]

Donc, les radiologistes voulaient imposer au gouvernement le « tarif 1967 » avec comme barème de remboursement deux taux de pourcentage, selon qu'il s'agissait de la « composante professionnelle », c'est-à-dire strictement de l'acte médical accompli par exemple à l'hôpital, ou de la « composante globale », c'est-à-dire de l'acte médical, plus, pour la clinique privée du radiologiste, le coût d'opération des appareils nécessaires aux radiologistes dans l'exercice de leur profession.

Dans les deux cas, les radiologistes demandaient une augmentation graduelle de ces deux taux de pourcentage échelonnée sur quatre ans, soit de 1967 à 1971, mais ce pourcentage et son augmentation variaient selon qu'il s'agissait de la « composante professionnelle » ou de la « composante globale ».

Ainsi, au nom du rattrapage, (comme on le voit, il n'y a pas que les fonctionnaires provinciaux et les enseignants qui parlent de rattrapage), les radiologistes demandaient, au titre de la « composante professionnelle », une gradation des taux de pourcentage comme suit : 76% au 1er juillet 1967, 78.5% au 1er janvier 1968, 83% au 1er juillet 1968, 88% au 1er juillet 1969, 93.5% au 1er juillet 1970, et 100% au 1er juillet 1971.

De la même manière, au titre de la « composante globale », ils réclamaient les taux gradués suivants : 94% à la date de la signature de la convention, 94.6% au 1er janvier 1968, 96.75% au 1er juillet 1969, 97% au 1er juillet 1970, pour finalement arriver à 100% au 1er juillet 1971.

Trois constatations découlent de cette double exigence des radiologistes en ce qui concerne le tarif et, à partir de ce tarif, le pourcentage du remboursement gouvernemental :

1°) L'intransigeance manifestée par les radiologistes pour faire accepter par le gouvernement, comme *unique* base de discussion, le « tarif 1967 » établi unilatéralement par la Fédération des médecins spécialistes, démontre bien que celle-ci n'avait qu'un but en vue : utiliser les radiologistes pour imposer à ce gouvernement son tarif et pas d'autres;

2°) La gradation dans le pourcentage de remboursement gouvernemental des actes médicaux, confirme que la Fédération des médecins spécialistes, depuis 1966, participait du « bout des lèvres » à une loi d'intérêt public, – la loi de l'assistance médicale, – et que, via les radiologistes, elle tentait d'obtenir avec un nouveau gouvernement ce que, – et de cela il faut en donner bonne note au gouvernement Lesage, – elle n'avait pu gagner avec le précédent : le remboursement *intégral* dans le cadre de cette loi d'assistance sociale, de ce qu'elle estimait lui être dû, quitte à saboter l'application financière et de cette loi d'intérêt public et de celle en devenir du régime universel d'assurance-santé;

3°) Par l'introduction, dans son « tarif 1967 » de la composante globale, c'est-à-dire la prévision d'un tarif spécial incluant un montant fortement majoré, dans certains cas,

par rapport au tarif de l'acte médical proprement dit, (composante professionnelle), ceci pour rencontrer le coût d'opération des films, des substances de contrastes, de l'appareillage, du local, des services techniques et administratifs, la Fédération des médecins spécialistes tentait, après coup, de faire admettre pour ses radiologistes, par le gouvernement, le remboursement facile, et pour ainsi dire rapide, du coût d'opération d'un cabinet privé.

Ce que surtout recherchait la Fédération des médecins spécialistes, c'était la mise en place, et le financement à même les deniers publics, d'un réseau de cliniques privées de radiologie, parallèle au réseau public des hôpitaux déjà financés par l'Etat, et par voie de conséquence, le financement des cliniques privés existantes, ou à venir, de *tous* leurs membres.

Si les radiologistes, et, aussi la Fédération des médecins spécialistes, réussissaient à faire capituler le gouvernement sur ce dernier point, plus besoin était pour eux de s'inquiéter quant à la mise en vigueur d'un régime d'assurance-santé : qu'ils oeuvrent en clinique privée et/ou dans un hôpital, à tout coup, ils sortaient financièrement vainqueurs, puisque leur réseau privé était rémunéré au même titre que le réseau public.

Voilà le noeud du problème que, dans le cours de l'été 1967, le ministre de la Santé devait résoudre : ou capituler devant les exigences monétaires, – et ceci pas simplement en fonction d'honoraires, – et voir se gonfler démésurément les dépenses publiques en matière sociale au point de rendre caduc un régime universel d'assurance-santé, ou refuser ces exigences exorbitantes, au risque d'avoir sur les bras une grève des radiologistes.

Le ministre de la Santé ayant décidé de rester sur ses positions, il eut la grève... Trois mois plus tard, à son corps défendant, il était obligé de céder, et, à contre-coeur, il dut parapher une convention qui lui était imposée tant par les médecins spécialistes que surtout par son premier ministre, M. Daniel Johnson.

En somme, l'intérêt privé d'un petit groupe, dont un des rôles est de sauvegarder l'intérêt de la population, avait pris le pas sur cet « intérêt public ».

Ceci est tellement vrai que lorsqu'on analyse les documents on se rend compte au premier coup d'oeil que pour les radiologistes, tout comme pour la Fédération des médecins spécialistes, qui les télécommandait, une seule chose comptait : obtenir leurs « petites » cliniques privées financées par l'Etat, sans que celui-ci ait son moindre mot à dire dans leur implantation à travers la province.

Il est curieux, en effet, de noter que deux des trois propositions fondamentales, relatives à cette question de « cabinet privé », n'apparaissent pas dans le document paraphé le 20 octobre 1967 entre le gouvernement et les radiologistes, et que la troisième n'est que la transcription du texte des radiologistes.

Ainsi, une étude comparative des dernières propositions des parties en cause, en date du 12 septembre 1967, fait ressortir que l'article 1 des propositions faites de part et d'autre, n'est qu'une série de définitions de termes comme : ministre, Collège, radiologiste, technicien en radiologie, radiologie diagnostique, et surtout « cabinet privé de radiologie ».

Le mot était lancé sur lequel allait buter le ministre de la Santé : « cabinet privé de radiologie ».

Le gouvernement proposait la définition suivante : « Etablissement privé où s'exerce la radiologie. Les mots « cabinet privé de radiologie » utilisés aux fins des présentes ne réfèrent pas à l'appellation courante des mots cabinet de médecin. »(5)

De leur côté, les radiologistes suggéraient cette formule lapidaire : « Etablissement privé où s'exerce la radiologie ».(6)

Pour justifier sa propre définition, le gouvernement, par la voix du ministre de la Santé, expliquait : « Toute l'entente transige sur les relations à établir entre le gouvernement et les radiologistes; d'où la restriction qui ne vise qu'à éviter toute confusion possible quant à l'interprétation future des termes de cette entente. Il ne s'agit pas de consacrer un statut particulier et discriminatoire pour les radiologistes.» (7)

Qu'importe, puisque les radiologistes ne voulaient pas entendre parler de la définition gouvernementale plus élaborée, meurt le principe... vive l'intérêt privé... En conséquence de quoi, on fit disparaître cet article 1 de la rédaction définitive de la convention.

Le ministère de la Santé avait donc accepté le principe de l'implantation, au niveau de la province, des « cabinets privés de radiologie », mais il désirait, à tout le moins, obtenir le *contrôle administratif* de cette implantation, car, expliquait-il :

« Le gouvernement désire que l'ouverture des nouveaux cabinets privés de radiologie se fasse en accord avec les besoins de la population et en conformité avec les politiques générales d'équipement dans le domaine de la santé publique. » (8)

En conséquence, par l'article 9 de leurs propositions mutuelles, les deux parties s'entendirent, d'une façon générale, sur la nécessité d'un comité spécial chargé de s'occuper en sa totalité de cette question.

A nouveau le bât blessait tant sur le nombre de voix gouvernementales délibérantes, (c'est-à-dire ayant droit de vote) que sur le contrôle *administratif* gouvernemental de l'implantation des nouveaux cabinets privés de radiologie.

Le gouvernement suggérait : « ... un comité composé de cinq membres, dont un nommé par le ministre, un par le Collège, deux par la Fédération, dont un radiologiste et un par l'Association des radiologistes de la province de Québec. Le ministre nomme le secrétaire du comité, lequel aura droit de vote. En cas d'égalité des voix, le président a un vote prépondérant.» (9)

En admettant même qu'en accordant le droit de vote au secrétaire nommé par le ministre, le gouvernement introduisait, par la bande, un sixième membre, il n'en reste pas moins vrai que les médecins, avec quatre membres faisaient la loi dans ce comité.

De leur côté, les radiologistes exigeaient un «...comité composé de cinq membres, un nommé par le ministre, un par

le Collège, deux par la Fédération et un par l'Association des radiologistes de la province de Québec. Le ministre pourra nommer à ce comité un secrétaire qui n'aura pas droit de vote.» [10]

Cette simple disposition des radiologistes prouvait, si tant la preuve était encore à faire, que la Fédération des médecins spécialistes n'avait qu'un but : contrôler tout le domaine de la santé ainsi que l'application des lois de nature sociale.

Au paragraphe « N » de cet article 9, le gouvernement proposait que :

« Toutes modifications majeures à l'appareillage de tout nouveau projet d'ouverture d'un nouveau cabinet devront être soumises préalablement au comité qui étudiera ces demandes en s'appuyant sur les facteurs suivants :

1. – Les besoins des services radiologiques dans le milieu géographique particulier;

2. – Les besoins de services radiologiques dans les hôpitaux du milieu concerné;

3. – L'investissement financier requis et la rentabilité de cabinet de radiologie proposé;

4. – Le nombre de radiologistes qui travailleront activement dans ce cabinet privé de radiologie.

Les résultats de ces études particulières seront communiqués au ministre, lequel fera parvenir au comité son opinion basée sur les projets et les ressources du ministère de la Santé.

Le comité ne rendra sa décision qu'après entente avec le ministre. »

De leur côté, les radiologistes voulaient que :

« Dans le cadre de ses activités décrites au paragraphe (K) du présent article,[12] le comité étudiera spécifiquement lors de toute demande d'agrément de nouveaux cabinets privés de radiologie, les facteurs suivants : (ces quatre facteurs sont exactement semblables à ceux proposés ci-haut par le gouvernement)...

Les résultats de cette étude particulière seront communiqués au radiologiste requérant. »[13]

Sur ce désaccord fondamental, le commentaire gouvernemental, que nous citons ci-après, parle de lui-même.

« Sous prétexte, écrit le ministre Jean-Paul Cloutier, de vouloir appliquer intégralement le principe de la pratique au lieu de son choix, la Fédération insiste pour que le gouvernement n'ait pas de pouvoir décisif dans l'administration du processus d'établissement des *nouveaux*[14] cabinets privés de radiologie.

« La partie gouvernementale insiste pour avoir, et ce d'une façon raisonnable et compatible avec le libre exercice de la médecine, ce droit de regard en vue de maintenir un équilibre entre le système public des services de santé et le système privé.

« Nous avons fait valoir que l'option prise par l'Etat de développer un réseau public de santé n'était pas incompatible avec le développement d'un réseau privé parallèle, mais que ce réseau privé devrait se développer en respectant et en s'intégrant harmonieusement dans les politiques d'ensemble du gouvernement concernant la santé publique. Les parties ne s'entendent pas sur ce point particulier. Actuellement, la Fédération offre au gouvernement un contrôle plutôt moral alors que le gouvernement demande une garantie plus ferme en exigeant que le ministre responsable de la santé ait son mot à dire d'une façon précise dans le processus d'établissement des *nouveaux* cabinets privés de radiologie. Ce processus d'établissement des nouveaux cabinets n'a qu'une incidence administrative et n'a rien à voir avec le contrôle de l'acte médical. »[15]

Au nom du sacro-saint principe de « la liberté », — « la liberté que moi, médecin, je m'arroge, je ne te l'accorde pas à toi ministre de la Santé . . . », (Louis Veuillot, à la moderne), — les radiologistes restèrent fermes sur leurs positions, et cet article rejoignit le « classeur général ».

Finalement, toute cette question des cabinets privés de radiologie se résuma en une bataille autour de la formation de « pools », bataille que le gouvernement perdit.

Sur le principe même du « pool », soit de l'association de plusieurs radiologistes au sein d'une société ou d'un unique cabinet privé de radiologie, le ministre était d'accord. Mais il voulait limiter certains abus possibles inhérents à ce genre d'association. Aussi, par son article 13, fit-il cette proposition :

« Tout radiologiste qui désire faire partie d'un groupe pourra le faire aux conditions suivantes :

1. – Les membres du groupe doivent signifier par écrit à l'hôpital et/ou au ministre leur consentement à ce que leurs honoraires soient versés au groupe.
2. – Les demandes de paiement venant d'un groupe indiquent pour chaque acte médical le nom ou le numéro d'un médecin qui l'a posé.
   Si dans certains cas cette condition est irréalisable, les médecins du groupe devront en informer l'hôpital et/ou le ministre et se prévaloir des dispositions prévues à l'article 8.
3. – Les paiements ne s'appliquent qu'aux médecins du groupe qui sont conventionnés. »[16]

A quoi répondirent les radiologistes :

« Lorsque deux ou plusieurs radiologistes pratiquent ensemble, il leur est loisible de former un groupe ou une société. Le représentant officiel du groupe ou de la société enverra un relevé d'honoraires général au nom des membres, et il percevra les honoraires qui seront distribués entre les membres suivant les conditions acceptées par les différents membres de ce groupe ou société. »[17]

Le gouvernement, en faisant sa proposition, estimait que : « l'entente qui prévoit une rémunération à l'acte médical doit être respectée. Si d'autres formes de rémunération existent, même calculées sur la base de l'acte médical, le gouversement veut en être averti et demande aux parties de se prévaloir de l'article 8 à cet effet. »[18]

En somme, le gouvernement prenait au mot les radiologistes : puisque ceux-ci exigeaient de lui, gouvernement, qu'il les rétribue à l'acte médical, qu'ils, eux les radiolo-

gistes, commencent à appliquer ce principe au sein de ces groupes ou associations.

Finalement, la montagne accoucha d'une souris, c'est-à-dire que le gouvernement capitula en acceptant dans la convention signée le 20 octobre 1967, l'article 12 suivant :

« Lorsque deux ou plusieurs radiologistes conventionnés pratiquent ensemble, il leur est loisible de former un groupe ou une société. Le représentant officiel du groupe ou de la société enverra un relevé d'honoraires général au nom des membres, et il percevra les honoraires qui seront distribués entre les membres *suivant les conditions acceptées par les différents membres de ce groupe ou société.*[1] [19] Chaque membre informera le ministre de son appartenance à un groupe ou société, et il autorisera son représentant officiel à agir aux fins des présentes. Tout relevé d'honoraires pour services radiologiques rendus en cabinet privé devra comporter l'identification du radiologiste qui a posé l'acte. »

Aux termes de cette bataille, simplement sur les cabinets privés de radiologie, le gouvernement avait été obligé de capituler purement et simplement devant les radiologistes.

En effet, non seulement le gouvernement abandonnait-il sa définition du terme « cabinet privé de radiologie » non seulement décidait-il de laisser tomber ses justes revendications quant à son droit de contrôle *administratif* de l'implantation de nouveaux cabinets, mais de plus, acceptait-il de ne pas vérifier, — ce qui était pourtant son droit puisque c'est lui qui payait, — le mode de rétribution accordée aux radiologistes membres d'un « pool ».»

A ce sujet, l'éditorialiste du quotidien *Le Devoir,* M. Vincent Prince, dans une pénétrante analyse de cette grève et de son aboutissement, écrivait :

« . . . Le gouvernement a laissé tomber les objections sérieuses qu'il formulait, avec raison, contre la pratique des radiologistes, oeuvrant à l'intérieur de ce qu'on appelle les « pools», de ne pas identifier chacun de leurs actes. Pourtant, dans la formulation de ses principes d'éthique professionnelle, la Fédération des médecins spécialistes reconnaît elle-

même que c'est là une pratique condamnable. Les « pools » sont nécessaires et doivent continuer d'exister, tant qu'on n'aura pas trouvé une meilleure formule pour rétribuer chacun des membres adéquatement. Mais le gouvernement, à titre de tiers-payant, a sûrement le droit de savoir qui a fait les actes médicaux qu'il rémunère et de quelle façon le chèque global qu'il adresse au « pool », à la fin de chaque mois, est partagé entre ceux qui en font partie. »[20]

Il faut, à nouveau, rendre justice au ministre de la Santé, M. Jean-Paul Cloutier : lui-même et plusieurs de ses hauts fonctionnaires n'ont pas voulu démordre de leur point, conscients qu'ils étaient des répercussions possibles sur l'ensemble de l'appareil administratif du ministère, si de telles clauses étaient acceptées dans leur forme et dans leur fond.

Le hic, c'est que le président de la Fédération des médecins spécialistes, M. Raymond Robillard, devant cette résistance manifestée par le ministère de la Santé et son comité de négociations, trouvait un « interlocuteur valable » encore plus « valable » que le ministre, et, passant par-dessus sa tête, rencontrait le premier ministre M. Daniel Johnson, lequel, ensuite, imposait, ou rejetait selon le cas, l'opinion du président des médecins spécialistes.

En somme, et ce n'est pas faire injure à feu Daniel Johnson, M. Jean-Paul Cloutier se battait sur deux fronts : celui présenté officiellement par les médecins spécialistes, et celui, plus feutré, du cabinet du premier ministre.

La bataille se termina donc le 20 octobre 1967 par la signature d'une convention entre radiologistes et gouvernement représenté par le ministre de la Santé, M. Jean-Paul Cloutier.

Mais quel prix dut payer le gouvernement pour avoir, enfin, la paix ?

Nous ne traiterons pas ici de l'aspect typiquement monétaire de cette défaite, c'est-à-dire du « tarif 1967 » et des taux de pourcentage de remboursement, puisqu'il sera traité de cette question, globalement, au chapitre 6, mais plutôt de l'aspect « normatif » de cette défaite.

En vertu de l'article 2, les radiologistes obtenaient confirmation qu'advenant la mise en place d'un régime d'assurance-santé, ils seraient rétribués pour les services rendus en cabinet privé, ceci signifie une aliénation d'une loi en devenir.

Par l'article 12, ils obtenaient confirmation des « pools » sans que le gouvernement puisse savoir, exactement, non seulement quels actes médicaux chacun des membres a posés réellement, mais de plus, de quelle manière sont rétribués ces actes auxdits membres.

D'ailleurs, sur ce sujet des actes posés en cabinets privés, il n'existe dans cette convention aucun garde-fou qui permette au gouvernement de vérifier le bien-fondé d'une réclamation, sauf celui de la Commission de l'assistance médicale, dominée par les médecins.

Mais dans le cas des « pools », ce qui est encore plus grave, c'est que le gouvernement, par la technique de la « composante globale », rétribue deux, trois, quatre fois, ou plus, le même appareil technique, le même local, les mêmes techniciens, le même secrétariat, etc....

En effet, puisque la « composante globale » signifie, selon les propres termes des médecins spécialistes : « Honoraires (...) incluant la composante professionnelle (...) *ainsi que la composante technique (films, substances de contraste, appareillage, local, services techniques et administratifs),* (1) (2) il va de soi que lorsque deux ou plusieurs radiologistes décident de former un groupe ou une association pour ouvrir un « cabinet privé de radiologie », cela signifie que par cette mesure, ils espèrent, en investissant un certain montant en commun pour acheter un appareillage radiologique unique, louer en commun un unique local, profiter en commun des services d'une ou deux secrétaires, d'un ou deux techniciens radiologistes, enfin, commander en commun, et à la grosse, les films, les substances de contraste, la papeterie, ainsi que payer en commun un unique tarif d'électricité et de téléphone, bref, ils espèrent, par ce moyen, diminuer d'autant le coût d'opération d'un tel cabinet, sinon à quoi servirait une telle association ?

Or chacun d'eux pose un acte médical qui, *à cause de cette « composante globale »*, est remboursé à 90% du tarif imposé au gouvernement. C'est donc dire que le gouvernement, pour ce coût d'opération réparti sur deux, trois, quatre membres, ou plus, paie à chacun d'eux comme si l'association n'existait pas.

Encore heureux que l'article 21 spécifie que : « Le ministre n'est et ne sera en aucune façon et en aucun temps responsable des investissements financiers et des pertes monétaires d'un cabinet privé de radiologie. »

Après tout, puisqu'il avait abandonné son strict droit de contrôle administratif de l'implantation des nouveaux cabinets privés de radiologie dans la province, pour quelles raisons aurait-il été responsable des investissements faits par ces radiologistes et de leurs faillites ?

Mais il y a encore mieux ! ... Non contents d'avoir imposé leurs vues en ce qui concerne le tarif, le pourcentage de remboursement, les cabinets privés de radiologie, les « pools », etc..., les radiologistes récidivaient cette fois-ci en liant le gouvernement sur le plan législatif.

De fait, l'article 22 de la convention spécifie nettement que : « La Fédération pourra se considérer déliée de la présente convention, si des lois ou des règlements non conformes aux dispositions de la présente convention sont adoptés ou édictés. »

Et ce n'est pas nous qui affirmons que cet article représente une aliénation du pouvoir législatif du gouvernement, c'est le gouvernement lui-même.

Dans son étude comparative des propositions syndicales et de ses propres propositions, le gouvernement écrit devant cet article : « Article estimé irrecevable par le comité gouvernemental. (Voir commentaires de l'article 2 paragraphe B). [22] »

Et en commentaire, il ajoute : « Notre réserve est formulée à partir d'une difficulté constitutionnelle qui nous interdit de lier de législateur par une entente particulière. Ce problème n'est pas nouveau, on le retrouve dans tous les

contrats collectifs, sauf qu'ici, il n'y a pas de loi qui sous-tend l'entente. »[23]

Malgré son « illégalité », les radiologistes obtinrent victoire, et comme l'on s'en rend compte, l'article litigieux fut inclus dans la convention.

En définitive, les dirigeants de la Fédération des médecins spécialistes pouvaient se frotter les mains.

Ayant gagné la première manche en 1966, ils avaient, grâce à l'utilisation opportune du groupe des radiologistes, gagné en 1967, la deuxième manche, il ne leur restait plus qu'à gagner la troisième : leur propre convention.

'Le gouvernement, ayant perdu les deux premières manches d'une série de « deux dans trois », qu'on nous permette de reprendre notre souffle et de promettre, au lecteur, la description de la troisième partie dans les chapitres 5 et 6.

---

(1) Le souligné est de nous.

(2) Vincent Prince, dans *Le Devoir*, éditorial du 23 août 1967, intitulé « Gouvernement et radiologistes : le public exige une entente rapide et honorable ».

(3) Vincent Prince, dans *Le Devoir*, article du 4 octobre 1967 intitulé « A côté des principes, une question de gros sous... »

(4) « Négociations entre le gouvernement et l'Association des radiologistes de la province de Québec », document daté du 21 septembre 1967, émanant du ministère de la Santé et portant la signature du ministre de la Santé, M. Jean Paul Cloutier. Le texte ici cité se trouve à la page 3 des commentaires.

(5) Même source, page 1 de l'étude comparative des propositions mutuelles.

(6) Même référence, même page.

(7) Même référence, page 1 des commentaires.

(8) Même référence, page 2 des commentaires.

(9) Idem, page 4 de l'étude comparative.

(10) Idem, même page.

(11) Idem, page 7 de l'étude comparative.

(12) Le paragraphe « K » dont il est fait référence stipule que le comité aura pouvoir d'étudier « de façon générale les problèmes concernant la répartition des effectifs radiologiques dans la province, le recrutement des radiologistes, l'appréciation des revenus radiologiques et leurs effets et recevoir sur ces sujets les informations des parties aux présentes. Le comité pourra lui-même faire aux parties des recommandations sur ces matières. » (page 6 de l'étude comparative). Précisons que le gouvernement et les radiologistes acceptaient cet article tel que formulé.

(13) Idem, page 7 de l'étude comparative.

(14) Le souligné se trouve dans le texte.

(15) Idem, page 2 des commentaires.

(16) Idem, page 10 de l'étude comparative.

(17) Même référence, même page.

(18) Même référence, page 4 des commentaires.

(19) Jusqu'à ce mot de « société », c'est le texte intégral de la proposition des radiologistes. Ayant obtenu ce qu'ils exigeaient, il leur était loisible d'accepter l'ajouté gouvernemental.

(20) Vincent Prince dans *Le Devoir*, éditorial daté du 2 novembre 1967 et intitulé : « L'entente signée entre Québec et les radiologistes est un document décevant ».

(21) Tarif conventionnel d'honoraires — Fédération des médecins spécialistes du Québec, page 97.

(22) Document du 21 septembre 1967 déjà cité, page 14 de l'étude comparative.

(23) Document cité, page 1 des commentaires.

CINQUIÈME CHAPITRE

Tout est gagné, fors... l'honneur

Le 20 octobre 1967, la grève des radiologistes se terminait par la signature d'une convention qui sanctionnait la « capitulation » gouvernementale.

Nous avons déjà affirmé que cette grève des radiologistes avait été télécommandée par les dirigeants de la Fédération des médecins spécialistes, en vue d'obliger le gouvernement à passer sous « les fourches caudines » de leurs exigences, alors que le ministre de la Santé s'opposait à plusieurs de leurs réclamations qu'il jugeait exorbitantes.

Et, à ce sujet, un autre parallèle s'impose : lorsque, à la suite de négociations ardues au niveau de diverses commissions scolaires de la province, un mouvement de grève chez les enseignants a commencé de se généraliser dans le cours de l'hiver 1966-67, qu'a fait le gouvernement ?

Il s'est dépêché d'adopter en février 1967 son fameux « bill 25 », par lequel il enlevait, à toutes fins pratiques, le droit de grève aux enseignants jusqu'en 1969.

Lorsque, dans le cours de 1967, les chauffeurs de la Commission de transport de Montréal se sont mis en grève, M. Daniel Johnson a convoqué d'urgence le parlement pour

faire adopter son « bill 1 » qui obligeait les grévistes à retourner au travail et leurs dirigeants à accepter une médiation obligatoire.

Lorsque, l'année dernière, le syndicat des employés de la Régie des alcools a déclenché une grève dont on connaît la durée, le gouvernement s'est empressé d'accuser la Confédération des syndicats nationaux, (CSN) d'utiliser ces 4,500 grévistes, et de faire durer cette grève afin de l'obliger, lui gouvernement, à modifier substantiellement sa « politique salariale » par laquelle se trouvaient impliqués au-delà de 100,000 employés de la fonction publique ou para-publique.

Par contre, nulle session d'urgence pour prendre les mesures législatives nécessaires en vue de stopper cette grève des radiologistes, et, à plus forte raison, nulle protestation ou accusation gouvernementale devant cette grève de quelque 200 radiologistes, petite section, — mais combien influente, — des 4,500 médecins spécialistes environ que représente la Fédération des médecins spécialistes, télécommandée par la Fédération, en vue d'imposer son propre règlement de tarif.

Ce double jeu gouvernemental, — et encore une fois il ne s'agit pas ici de faire injure à la mémoire du premier ministre Daniel Johnson, — prouve à quel point le « lobby » des médecins était puissant, à quel point il se trouvait en mesure de faire trembler n'importe quel gouvernement.

Forts donc de la victoire des radiologistes, les médecins spécialistes, par la voix de leur président, le Dr Raymond Robillard, allaient consolider définitivement leurs positions par la nouvelle convention, qu'enfin, ils daignaient négocier.

Qu'obtinrent, sur le plan normatif, les médecins spécialistes dans cette nouvelle convention paraphée le 9 avril 1968 ?

D'abord, et le contraire aurait été surprenant, une confirmation de l'acquis de 1966.

Ainsi, on retrouve toujours cette clause 3 de l'ancienne convention, maintenant numérotée 2, par laquelle il était précisé que :

« Aucun amendement des lois mentionnés à l'article 2 de la Loi,[1] n'a pour effet de modifier les dispositions de la présente entente, sauf du consentement des parties aux présentes. »

Il est à remarquer que cette même année, 1968, le Syndicat de professionnels du gouvernement du Québec, syndicat qui groupe environ 2,300 employés gouvernementaux de diverses professions : ingénieurs, ingénieurs-forestiers, agronomes, vétérinaires, comptables, biologistes, agents d'information, — très peu en vertu de la clause de la « confidentialité » — arpenteurs-géomètres, etc...., dans le cadre du renouvellement de sa convention, présentait une demande similaire dans le fond, mais non dans la forme.

Ce texte, hautement « administratif » dans son libellé, se lisait comme suit :

« *Art. 48-03 :* Si pendant la durée d'application de la présente convention, la loi de la fonction publique, ou toute autre loi régissant les conditions de travail, ou en réservant la définition à la législature ou à des organismes qui la représentent, était amendée ou abrogée, le gouvernement s'engage à négocier avec le syndicat, en toute matière qui ne se trouverait pas définie comme une prérogative exclusive des organismes chargés de l'application de ces lois, dans le mois qui suivrait la sanction de tels amendements ou abrogations. »[2]

Or, le gouvernement, par la voix de son comité de négociations, s'est refusé à discuter cette clause parce que, disait-il, il ne pouvait aliéner dans une convention son droit de législateur.

De ce fait, nulle référence à une transformation profonde de la loi de la fonction publique, avec obligation pour les deux parties de négocier les articles de la convention dont la portée serait modifiée par cette nouvelle loi, ne se trouve dans la convention que les professionnels ont signée le 4 novembre 1968.

On se souvient que tant la convention collective du 17 mars 1966, que son corollaire, la loi de l'assistance médicale,

autorisaient la Commission de l'assistance médicale à se faire représenter par des médecins dans les diverses régions de la province.

Une telle clause aurait dû satisfaire les médecins, puisque un de leurs membres devenait le représentant officiel de la commission.

Eh bien, non ! . . . Cette simple garantie ne leur suffisait pas. Les médecins spécialistes voulaient même se faire confirmer ce contrôle de la nomination de ce représentant, qu'ils possédaient tacitement, puisque la commission les consultait avant de procéder à une telle nomination.

Aussi, dans la nouvelle convention, firent-ils inclure cette précision :

« *Art. 5 :* Pour fin d'interprétation, l'article 12 de la loi se comprend comme suit :

« La commission peut, *sur recommandation des Fédérations,*[3] nommer des médecins pour la représenter dans les différentes régions de la province. »

En fait, ce texte est tellement sibyllin, qu'on « peut » lui donner deux interprétations différentes : soit que la commission, lorsqu'elle nomme un médecin pour la représenter, doit demander aux deux fédérations, (celle des omnipraticiens et celle des médecins spécialistes), qui elles recommandent comme candidat, soit qu'avant toute nomination, la commission, avant toute décision, doit connaître l'opinion des deux fédérations sur la nécessité ou non, d'une telle nomination.

Quoi qu'il en soit, par cette disposition, les médecins spécialistes augmentent leur emprise sur la commission.

Il y aussi l'article 11 de cette convention qui, quoi qu'on en dise, va directement à l'encontre de la loi de l'assistance médicale.

Cet article 11 se lit comme suit : « Dans le cas d'une visite directe au cabinet du médecin spécialiste, (pour la première visite), ce dernier pourra réclamer au malade le complément de ses honoraires. Le médecin spécialiste qui entend exercer ce droit, en avisera, au préalable, le malade par écrit. »

Et, précision : « Le complément d'honoraires ou participation aux frais s'entend de la différence entre la prestation stipulée et payée par le ministère de la Santé pour les soins médicaux et chirurgicaux dispensés *aux assistés sociaux,*[3] et le tarif d'honoraires annexé aux présentes. »

Or, l'article 16 de la loi de l'assistance médicale, – qui n'était que la stéréocopie de l'article 17 de la convention signée le 17 mars 1966, – stipule que :

« Un médecin lié par l'entente ne doit exiger ou recevoir, pour l'assistance médicale dispensée à *un assisté social*[3], aucune autre rémunération que celle prévue à l'entente. *Toute convention à l'effet contraire est nulle de plein droit.* »[3]

On peut, si on veut, couper les cheveux en quatre, c'est à-dire, qu'on peut affirmer que la convention signée le 9 avril 1968, créait une nouvelle entente, et que, dans ce sens très restrictif, l'article 11 de cette nouvelle convention, non seulement est juridiquement légal, mais que de plus, il ne va pas à l'encontre de l'article 16 de la loi de l'assistance médicale, loi, qui, à notre connaissance n'a pas été modifiée depuis 1966.

Pour notre part, sans être grand clerc en la matière, et peut-être en accomplissant « une erreur d'interprétation », nous croyons que cet article 11 de la convention est purement et simplement illégal.

Qu'importe, tout de même, cette discussion sur « le sexe des anges » ! . . . Ce qu'il faut retenir de cette disposition, c'est que :

1°) Elle est rédigée cyniquement sur le dos des assistés sociaux, alors qu'une loi a été passée, justement, pour les aider à se faire traiter gratuitement par les médecins et les chirurgiens ;

2°) Elle préfigure et, surtout, confirme l'arrière-pensée des médecins spécialistes : en faisant accepter une telle clause par le gouvernement, ils ne seront qu'en meilleure posture pour, dans un an, 1970, lorsque se terminera cette nouvelle convention, réclamer du gouvernement le remboursement intégral de leurs honoraires, à partir d'un nouveau

tarif imposé au gouvernement, tarif qui, pour ne pas manquer à la tradition, sera majoré fortement par rapport à l'ancien ;

3°) En limitant cette disposition aux seuls médecins spécialistes, le gouvernement a créé deux classes de médecins : les « bons médecins », c'est-à-dire les médecins spécialistes, et les « ordinaires », c'est-à-dire les omnipraticiens.

Par ailleurs, ce que le gouvernement refusait aux radiologistes, parce que « estimé irrecevable par le comité gouvernemental après discussion », est accordé sans coup férir aux médecins spécialistes.

De fait, l'article 13 de la convention se lit comme suit : « Pour les fins de la présente entente, les parties n'utiliseront et ne publieront aucun tarif d'honoraires autre que le tarif applicable. »

Cette disposition, refusée aux radiologistes, signifie tout simplement, à moins que les mots n'aient plus de sens, que les médecins spécialistes seront remboursés selon le « tarif 1967 » et le « tarif conventionnel 1968 », tous deux imposés au gouvernement.

Autre modification que les médecins spécialistes ont arraché au gouvernement, alors que celui-ci refusait cette disposition aux radiologistes : celle de la modification, *après entente avec la Fédération,* des formules d'honoraires utilisées par les radiologistes.

Pour rejeter cette demande des radiologistes, le gouvernement arguait qu'il ne pouvait accepter d'être lié dans ses procédures administratives à l'assentiment d'un tiers.

Or, ce qui était « consultation » au niveau des radiologistes, devient, au niveau des médecins spécialistes, « obligation ».

En effet, l'article 17 de la convention des spécialistes, précise que :

« Toute matière relative à l'entente et à son application peut faire l'objet de discussions entre les parties, à l'initiative de l'une d'elles. Certaines matières particulières font *obliga-*

toirement[3] l'objet de discussions entre les parties, *préalablement à toute décision les concernant,*[3] à savoir : (suivent deux dispositions A et B qui ont leur raison d'être), et,

C) *complément du tarif applicable* — [3]

D) Elaboration, formulation et application de règles d'interprétation du tarif applicable, *(N.d'A. :* cette disposition est normale) —

E) modification de la carte de relevés d'honoraires —

F) formulation et publication de toute formule utilisée par les médecins — »

Par ces dispositions, cette aliénation de son pouvoir administratif que le gouvernement, à juste titre, refusait aux radiologistes, il venait tout simplement de l'abandonner aux médecins spécialistes.

Après cela, on dira qu'une grève, lorsque télécommandée, n'est pas « payante » pour ceux qui télécommandent les grévistes ! . . .

On se souvient que les radiologistes par une disposition de leur convention, avaient réussi à aliéner le pouvoir législatif du gouvernement ; les médecins spécialistes ont réussi un « botté » encore plus étourdissant.

En effet, en vertu de l'article 18 de leur nouvelle convention, il est stipulé que : « Aucun règlement ne pourra modifier ou contredire les dispositions de la présente entente. »

A première vue, il s'agit d'une petite phrase insignifiante. Pourtant, dans les faits, cela signifie que le gouvernement ne pourra plus passer un arrêté-en-conseil concernant la régie interne administrative de la Commission de l'assistance médicale, chargée de voir à l'application de la loi, sans que les médecins spécialistes aient leur mot à dire, certes, mais cela signifie aussi, qu'ils peuvent maintenant s'opposer à tout règlement de ce genre qui leur déplaît. Qui dit mieux en matière de contrôle administratif d'un gouvernement ?

Ce fait est à rapprocher de l'article 2 de cette même convention.

Dans le chapitre 2, nous disions que le fait d'assurer les médecins que « aucun amendement des lois mentionnés au paragraphe « A »,[4] n'a pour effet de modifier les dispositions de la présente entente, sauf du consentement des parties aux présentes », que le fait d'accorder cette assurance aux médecins, risquait de retarder la réforme profonde dans le domaine social que voulait accomplir, notamment, M. René Lévesque, alors ministre de la Famille et du bien-être social.

Nous ajoutions que ce risque n'était pas tellement grave, puisque la convention étant signée pour une durée d'un an, cela laissait le temps au gouvernement de roder l'appareil administratif nécessaire à l'application de cette loi, et lui donnait l'occasion de se désengager de cette clause lorsque viendrait le renouvellement de la convention.

Ce qui était valable pour 1966-67, ne l'est plus avec cette nouvelle convention.

En effet, en vertu de cette convention, le gouvernement est lié avec les médecins spécialistes jusqu'au 1er juillet 1970, à moins qu'un plan d'assurance-santé entre en vigueur avant cette date, auquel cas la convention devient caduque de plein droit.

En supposant même, comme il en est fortement question, que le gouvernement du Québec adhère dès cette année au régime fédéral d'assurance-santé, (ce qui ne signifie pas qu'il sera appliqué dès cette année), les médecins spécialistes ont obtenu tellement de garanties par rapport à ce futur régime d'assurance-santé, qu'on peut être certain qu'ils exigeront, — et obtiendront peut-être, — le maintien de cette clause.

Or la signification profonde de cette clause est celle-ci : le gouvernement, même s'il le désire, ne peut apporter aucune réforme sérieuse à notre système d'assistance sociale d'ici 1970, si les médecins spécialistes, pour une raison ou pour une autre, décident que des clauses de la nouvelle loi entrent en conflit avec leur propre convention, puisque, et il ne faut pas l'oublier, si des modifications apportées aux cinq lois de l'assistance sociale, — dont la nomenclature est donnée en référence un, — ont pour effet de modifier les dispositions de leur convention, il faut, alors, l'accord des médecins.

Bref, par cette nouvelle convention, les médecins spécialistes augmentaient leur emprise et sur l'appareil administratif et sur l'appareil législatif du gouvernement.

On peut comprendre qu'à partir de cette double donnée, ils pouvaient se payer le luxe d'être bons princes en ce qui concerne la vérification des comptes d'honoraires.

Et là encore, ce qu'ils donnaient d'une main, ils le retiraient de l'autre.

Dans le chapitre 3, nous faisions remarquer que le gouvernement ne possédait aucun moyen véritable de contrôle pour vérifier les comptes d'honoraires présentés par les médecins au titre de la loi de l'assistance médicale.

Ce problème, car c'en est un, a été résolu d'une double manière dans la nouvelle convention des médecins spécialistes.

D'une part, on retire, par l'article 6 de la convention, à la commission le soin d'étudier les comptes d'honoraires, pour le confier à un sous-comité de cette commission, sous-comité dont les trois membres sont tous médecins, sous-comité, dont un des rôles sera :

« ... d'étudier les relevés d'honoraires qui lui sont soumis par la commission, et de faire à cette dernière les recommandations appropriées »; et de l'autre, on accorde au ministre le droit de nommer pour vérifier tout compte d'honoraires qu'il juge contestable, un comité de médecins experts dont le rôle sera d'évaluer ces comptes et de donner au ministre leur opinion sur la question (art. 7 de la convention).

Admirons la subtile tactique des médecins spécialistes : ils savent que cette question de la vérification des comptes d'honoraires en est une qui crée un véritable casse-tête au gouvernement, puisque tant en vertu de la loi qu'en vertu de la convention signée le 17 mars 1966, les décisions de la Commission de l'assistance médicale, (que les médecins par leur nombre contrôlent), sont sans appel, même lorsque la plainte est portée par le ministre.

Aussi, donnent-ils gain de cause au ministre, en lui accordant sa propre commission de vérification, mais s'empressent-ils de limiter encore le pouvoir de la commission,

en instituant un sous-comité, formé *uniquement* de médecins, avec pouvoir d'étudier ces fameux comptes d'honoraires. Quant à la commission, elle n'aura plus qu'à entendre benoîtement les recommandations de ce sous-comité.

Le roi François Ier, (puisque la mode est à l'engouement pour les Français, au moins paraphrasons une de leurs citations célèbres), après sa défaite à Pavie aux mains de Charles Quint, écrivait à sa femme : « Madame, tout est perdu... fors l'honneur ! ... »

Par cette convention, par leurs gains financiers spectaculaires, (question qui est traitée au prochain chapitre), les médecins spécialistes ont tout gagné : l'argent, l'aliénation administrative et législative du gouvernement, les honneurs... bref : ILS ONT TOUT GAGNE... FORS L'HONNEUR.

---

(1) Précisons encore une fois qu'il s'agit ici de cinq lois d'assistance sociale, soit : loi de l'assistance publique, loi de l'assistance aux mères nécessiteuses, loi des allocations aux aveugles, loi de l'aide aux invalides et loi de l'assistance aux personnes âgées ;

(2) Projet de convention collective du Syndicat de professionnels du gouvernement du Québec, 3 février 1968, page 55 ;

(3) Tous les soulignés sont de nous ;

(4) Dans la convention de 1966, cet article est numéroté 3, et le paragraphe « A », dont il est ici question, réfère aux cinq lois ci-haut mentionnées ;

SIXIÈME CHAPITRE

Tout a une valeur... il suffit d'y mettre le prix

Juger de la valeur d'un acte médical est, pour un profane, chose délicate et difficile. Ce jugement nous ne le tenterons pas ici, car il n'est pas de mise.

Ceci dit, force nous est, pourtant, d'étudier et de comparer les divers tarifs d'honoraires professionnels imposés au gouvernement par les médecins spécialistes, dans le cadre des négociations relatives à l'application de la loi d'assistance médicale, négociations menées en 1966, 1967, et 1968.

Les faits sont là : les médecins spécialistes dans ces trois négociations, — deux menées pour leur propre compte : 1966 et 1968, et une au nom des radiologistes : 1967, — ont toujours exigé, et imposé, comme base à toute négociation monétaire, leurs propres tarifs d'honoraires, élaborés unilatéralement par eux, à partir desquels ils daignaient « négocier » le taux de remboursement que le gouvernement devait leur accorder.

Pour être honnête, il faut ici confirmer que tant le ministre de la Santé du temps, M. Eric Kierans, ainsi que certains de ses hauts fonctionnaires, que l'actuel ministre de la Santé, M. Jean-Paul Cloutier, aidé lui aussi de certains de ses hauts fonctionnaires, se sont tous deux débattus comme des diables dans l'eau bénite, l'un en 1966, l'autre en 1967 et 1968,

pour ne pas se faire imposer des tarifs, car ils étaient incapables, eux et leurs actuaires, d'évaluer la valeur des actes médicaux tarifés unilatéralement par les médecins spécialistes.

Mais l'un et l'autre furent, les circonstances aidant et l'intransigeance des médecins poussant, obligés de s'incliner devant ceux-ci.

Pour expliquer une partie importante de ce problème du tarif d'honoraires, il suffit ici de citer l'exposé qu'en faisait, le 31 septembre 1967, le ministre Jean-Paul Cloutier, dans le document déjà mentionné au chapitre 4.

Celui-ci, en effet, écrivait : « . . . La Fédération propose au gouvernement de reconnaître son tarif, c'est-à-dire la nomenclature des actes médicaux et leur valeur relative exprimée en dollars de la valeur relative de la Fédération. »[1]

Ceci signifie qu'en échange de « dollars réels » touchés du gouvernement, les spécialistes imposaient comme base de calcul une nomenclature d'actes médicaux tarifés selon une valeur propre à eux, valeur relative à quel acte similaire ? Le gouvernement ne le savait pas puisque dans l'immédiat, il était incapable d'en calculer le bien-fondé.

En conséquence, le gouvernement désirait que : « . . . l'on indique le taux réel négocié des actes médicaux basés sur la nomenclature et la valeur relative des actes tel qu'établi par la FMSQ et non pas le pourcentage négocié d'un tarif indicatif . . . »[2]

Bref, toujours selon M. Jean-Paul Cloutier : « La Fédération voudrait fixer unilatéralement les niveaux théoriques des taux et le gouvernement veut, lui, négocier le taux réel des actes médicaux posés pour une année précise. »[3]

C'est ici qu'entre en ligne de compte la négociation sur les taux de pourcentage de remboursement dudit tarif.

Dès leur première négociation, les médecins spécialistes savaient très bien que dans le cadre d'une loi d'assistance sociale, ils ne pouvaient exiger du gouvernement le remboursement intégral des honoraires d'après un tarif fixé unique-

ment par eux, et ceci pour deux raisons : d'abord parce que « conventionnés », (c'est-à-dire régis par une convention collective), ils étaient assurés, puisque l'Etat payait, du remboursement de leurs honoraires ; en second lieu, parce que dans l'immédiat, le scandale aurait été grand s'ils avaient maintenu une telle exigence, alors que la loi avait pour but de venir financièrement en aide à des personnes incapables de rencontrer le paiement de leurs soins médicaux et chirurgicaux, assistés sociaux de surcroît.

Les médecins savaient aussi que le gouvernement possédait une excellente arme en mains sur cette question des honoraires.

En effet, dans beaucoup de cas, les médecins passaient par des firmes spécialisées de recouvrement d'honoraires, firmes auxquelles ils laissaient de 20% à 25%, — et dans certains cas fort difficile de recouvrement jusqu'à 40%, — de leurs honoraires.

Or, la garantie offerte par le gouvernement pour le remboursement des honoraires dans le cadre de la loi de l'assistance médicale, (et il s'agissait d'une clientèle dont le potentiel humain était, en 1966, de 350,000 personnes au moins), permettait à ces mêmes médecins de ne pas utiliser, dans ce cas, les bureaux de recouvrement, d'où économie appréciable pour eux.

Conscients de cette double arme que possédait le gouvernement : assurance de voir leurs honoraires payés et impossibilité de se montrer trop gourmands alors qu'il s'agissait de venir en aide à des assistés sociaux, (le médecin n'a-t-il pas, de par sa profession, une vocation humanitaire ?), les médecins élaborèrent une « habile » tactique qui porta ses fruits.

Puisqu'ils ne pouvaient exiger du gouvernement un remboursement intégral de leurs honoraires, il s'agissait pour eux de considérer l'Etat comme un simple « collecteur » de ces honoraires. En conséquence de quoi, on daignerait lui accorder, à condition que le tarif élaboré unilatéralement par la partie médicale soit accepté par le gouvernement, une ristourne, ristourne dont il ne restait plus qu'à négocier le pourcentage.

Nous exagérons ? Et pourtant n'est-ce pas de cette manière qu'il faut envisager la négociation monétaire entre médecins et gouvernement, lorsqu'on étudie les faits ! ...

Car les faits sont là : à tout coup les médecins spécialistes ont imposé au gouvernement leur propre tarif d'honoraires et n'ont accepté de discuter avec lui que du taux de remboursement dudit tarif.

Discute-t-on avec une firme de recouvrement de comptes du bien-fondé d'une réclamation ou d'un tarif ? Nenni ! . . . On dit au responsable de la compagnie : « Monsieur, voici un compte que j'aimerais bien recouvrer, mais j'en suis incapable. Voulez-vous vous charger de ce travail pour moi ? Quel pourcentage votre compagnie exige-t-elle pour obtenir ce recouvrement à ma place ? ... » Et si on n'est pas satisfait de la ristourne exigée parce que trop élevée, on cherche ailleurs une compagnie moins exigeante.

C'est un peu selon cette méthode que les médecins spécialistes ont agi avec le gouvernement.

On peut, la folle du logis aidant, imaginer le genre de conversation que, sur ce sujet du remboursement des honoraires, le Dr Raymond Robillard et l'Honorable Eric Kierans, l'un président de la puissante Fédération des médecins spécialistes, et l'autre, humble ministre de la Santé d'un gouvernement s'apprêtant à affronter l'électorat, ont eue.

— *Eric Kierans* (direct) : Docteur Robillard, parce que notre gouvernement croit qu'il a un rôle important à jouer dans le domaine social, il a décidé de venir en aide financièrement aux assistés sociaux, en assumant le coût des soins médicaux et chirurgicaux. A quel tarif d'honoraires allez-vous nous charger ces soins ?

— *Dr Raymond Robillard :* Moi, et, unanimement, tous mes confrères, félicitons votre gouvernement pour le geste humanitaire qu'il veut poser en faveur de ces délaissés que sont les assistés sociaux. Bravo ! . . .

Vous nous tirez une belle épine du pied en assumant le coût des soins que nous prodiguons à cette malheureuse classe de la société. Cet acte charitable, outre qu'il nous assure du remboursement de notre dû, nous permettra, enfin, de traiter avec équité tous ces démunis de la société.

— *Eric Kierans :* O.K. . . . O.K. . . . A quel tarif d'honoraires allons-nous vous rembourser ? Le gouvernement, auquel j'adhère, a pensé que . . .

— *Dr Raymond Robillard :* Attention, monsieur le ministre ! . . . Nous avons un tarif d'honoraires que nous jugeons juste et raisonnable, car c'est nous qui l'avons établi, et il va de soi que c'est ce tarif qui sera appliqué pour « vos » assistés sociaux.

— *Eric Kierans :* Juste et raisonnable, peut-être . . . mais comment voulez-vous que le gouvernement l'accepte puisqu'il n'est pas capable de déterminer exactement la valeur des actes médicaux, ignorant qu'il est du barême que vous avez utilisé pour l'établir ? De plus, il s'agit d'assistés sociaux. Financièrement, le gouvernement accomplit beaucoup pour eux. Il ne peut encore s'engager que s'il est assuré que cette aide médicale ne défoncera pas son budget. Il nous est impossible, dans ces conditions, d'accepter de rembourser intégralement les honoraires de vos médecins à partir de « votre » tarif d'honoraires.

— *Dr Raymond Robillard :* Ecoutez, monsieur le ministre, c'est une question de pain et de beurre . . . (Pensif) Il me semble . . . c'est ça ! . . . Je crois que nous pouvons trouver un terrain d'entente qui sauvegarde les intérêts de votre gouvernement et les nôtres, tout en permettant aux deux parties de poser un acte humanitaire. La plupart du temps, nous faisons recouvrer nos comptes d'honoraires par des firmes spécialisées à qui nous devons laisser un pourcentage sur nos comptes. Pourquoi ne pas envisager

un « deal » du genre ? Vous acceptez notre tarif d'honoraires sans en changer un iota, et en contre-partie nous sommes prêts à discuter du pourcentage que nous laisserons au gouvernement en fonction de l'épargne qu'il nous procure dans le recouvrement de ces comptes. »

Mais revenons aux choses sérieuses. En 1966, déjà, il fallait considérer deux sortes d'actes médicaux, soit deux composantes de remboursement.

A partir du moment où le gouvernement acceptait le tarif d'honoraires unilatéralement élaboré par les médecins, il devait tenir compte que certains actes médicaux nécessitaient peu ou prou de matérial médical, et pour ainsi dire pas de techniciens, actes reliés à ce qu'on appelle « actes thérapeutiques et diagnostiques, ainsi que consultations », alors que d'autres, pratiqués en majeure partie à l'hôpital, réclamaient la présence, dans certains cas, d'un nombreux personnel de techniciens, ainsi qu'un appareil médical, lui aussi dans certains cas, fort complexe, ces actes étant reliés à la chirurgie et à l'anesthésie.

Par le fait même, puisque dans le second cas, le gouvernement déboursait, via l'assurance-hospitalisation, pour le coût d'opération de ce matériel médical et des salaires de ces techniciens, il va de soi qu'il ne pouvait rembourser au même taux consultations, actes diagnostiques et thérapeutiques d'une part, et actes chirurgicaux et anesthésiques de l'autre.

Si à cause des circonstances, le gouvernement Lesage s'est senti obligé, en 1966, d'accepter le tarif d'honoraires unilatéralement élaboré par les médecins spécialistes, il faut au moins lui rendre cette justice qu'en ce qui concerne le taux de remboursement de ce tarif, il a bien manoeuvré.

En effet, en vertu de l'article 19, paragraphe K) de la convention signée le 17 mars 1966, il était prévu que :

« . . . tout autre soin[4], sera payé suivant le tarif officiel d'honoraires professionnels de la Fédération des médecins spé-

cialistes annexé aux présentes et accepté aux fins des présentes par la Fédération des omnipraticiens, selon les pourcentages suivants :

a) pour les actes diagnostiques et thérapeutiques et les consultations : 70% ;

b) pour la chirurgie et l'anesthésie : 60%. »

On peut simplifier comme ceci : si un acte thérapeutique, ou diagnostique, ou une consultation, vaut $1.00, il sera remboursé au médecin $0.70 ; alors que si un acte chirurgical ou anesthésique vaut $1.00, il sera remboursé au médecin : $0.60. (Cette simplification est importante à garder en vue lorsqu'on étudiera les clauses monétaires des radiologistes.)

En somme, même si on peut reprocher au gouvernement Lesage de s'être laissé imposer un tarif d'honoraires unilatéralement établi par la partie médicale (et ce pour les raisons qu'on verra plus loin), il n'en reste pas moins vrai que, vu les circonstances, il s'en était tiré avec certains honneurs de la guerre.

• • •

Passons maintenant à la négociation de 1967, celle menée conjointement par la Fédération des médecins spécialistes et les radiologistes « contre » le gouvernement de M. Daniel Johnson, et plus particulièrement « contre » le ministre de la Santé, M. Jean-Paul Cloutier, et certains de ses hauts fonctionnaires.

On se souvient que, de 1962 à 1967, les radiologistes étaient remboursés, au titre de la loi de l'assurance-hospitalisation, à l'acte médical fractionné à l'unité, c'est-à-dire que si l'acte valait, comme unité de mesure, $1.00, le radiologiste,

selon le cas, était remboursé par le gouvernement, entre $0.12 et $0.22 l'unité, pour une moyenne, arbitraire de notre part, de $0.17.

Au fond, cela signifie que le radiologiste était remboursé, selon le cas, à un taux variant entre 12% et 22% du tarif de l'acte médical.

On se souvient aussi qu'en 1966, le radiologiste n'était pas inclus dans la convention collective des médecins spécialistes, ce qui signifiait que le coût de ses actes était exclu du tarif d'honoraires imposé au gouvernement.

A la suite du règlement de la grève des radiologistes, le gouvernement signait avec eux une convention le 20 octobre 1967, par laquelle, en vertu de l'article 20, il acceptait que :

« La rémunération des actes ci-dessus est établie suivant le tarif en annexe, et elle comprend une composante professionnelle pour services radiologistes rendus à l'hôpital, et une composante globale pour les services radiologiques rendus en cabinet privé de radiologie.

Dates d'application de la date de la signature	Composante professionnelle	Composante globale
au 31 décembre 1967	64% du tarif annexé	90% du tarif annexé
1er janvier 1968 au 30/6/1968	66% du tarif annexé	90% du tarif annexé

Incidemment, il ne faut pas oublier l'article 9 de la convention des radiologistes qui stipule que :

« Aux fins des présentes, et sous réserve de l'article 8, les parties reconnaissent que le tarif annexé à la présente convention, plus particulièrement en ce qui concerne la nomenclature et la valeur relative des actes, est le seul applicable aux radiologistes conventionnés, sujet aux disposition de l'article 24. »

Il est possible que, comme l'écrit M. Vincent Prince, éditorialiste au quotidien *Le Devoir,* ceci à la suite du règlement de la grève des radiologistes, il est donc possible que : « ... Les hausses réelles de traitement accordées se situent à un niveau raisonnable, du moins en ce qui concerne les radiologistes eux-mêmes ... »[5]

Ceci est possible. Mais nous voudrions savoir ce que signifient les mots « hausse à un niveau raisonnable », lorsqu'on constate que le gouvernement, par cette convention, au seul titre du pourcentage de remboursement, accordait aux radiologistes, au niveau de la « composante professionnelle » une hausse vertigineuse de 525%, je répète : 525%, pour la période allant de la date de la signature de la convention, soit du 20 octobre 1967, au 31 décembre 1967, et, par rapport aux anciens taux, de 550%, là encore je répète 550%, pour toute la période du 20 octobre 1967 au 30 juin 1968.

Si l'on prend comme base de calcul que le gouvernement rétribuait les radiologistes, au 19 octobre 1967, à 12% du tarif de l'acte médical, (ceci en partant du principe que l'unité de base de cet acte médical était évaluée à $1.00),[6] le fait de passer du 20 octobre 1967 au 31 décembre 1067, de 12% à 64% représente une augmentation du taux de remboursement de 525%, et le fait de passer du 1er janvier 1968 au 30 juin 1968, toujours par rapport au 19 octobre 1967, de 12% à 66% du taux de remboursement, représente une augmentation de 550%.

Par ailleurs, au titre de la composante globale, composante non remboursée avant le 20 octobre 1967, cette « hausse à un niveau raisonnable » signifie une augmentation, toujours par rapport au 19 octobre 1967, cette fois-ci plus que vertigineuse de 725%, répétons-nous : 725%. Là encore le calcul est simple : au 19 octobre 1967, les radiologistes étaient remboursés à 12% d'un tarif médical accepté par les deux parties, — gouvernement et radiologistes, — de 1962 à 1967. Or, à partir du 20 octobre 1967, les radiologistes, au titre de la composante globale, c'est-à-dire pour tout acte médical qu'ils pose-

ront dans leurs cabinets privés, seront remboursés à 90% de cet acte médical, d'où augmentation du taux de remboursement de 725%.

Ceci n'est que la partie publique de l'augmentation accordée aux radiologistes, mais il en existe une cachée de par la nature des choses.

En effet, le tarif officiel des honoraires des médecins spécialistes pour 1966, tel qu'édité par les soins du ministère de la Santé, ne fait nulle mention du coût des actes posés par les radiologistes, puisque ceux-ci sont exclus de l'application de la loi de l'assistance médicale. De ce fait, lorsqu'il est question, par hasard, d'un acte radiologique dans le tarif 1966, la mention « exclu » est inscrite dans la colonne du coût de cet acte.

Par exemple, dans la section « Dermatologie », quatre actes radiologiques sont cités, dont le plus simple à prononcer porte le nom de « radium-thérapie pour épithélioma spino-cellulaire », et, devant chacun de ces actes le mot « exclu » est inscrit.[7] Par ailleurs, dans ce même « tarif 1966 », ne sont pas cités les actes au titre de la radiologie diagnostique, de l'angioradiologie, de l'ultra-son diagnostique, de la radiologie thérapeutique et des radioisotopes, toutes catégories d'actes dont on retrouve la nomenclature dans le tarif 1967.

Sachant, comme on va le démontrer ci-après, que les médecins spécialistes ont, par rapport au « tarif 1966 », majoré le « tarif 1967 » d'une moyenne de 40%, il est normal de croire qu'ils ont, de la même manière, majoré d'un pourcentage moyen équivalent le tarif des radiologistes.

A partir de cette donnée, nous pouvons supposer que l'augmentation du remboursement, par le gouvernement, des honoraires des radiologistes, *par rapport au 19 octobre 1967*, n'est plus de 525% ou de 725%, selon qu'il s'agit de la « composante professionnelle » ou de la « composante globale », mais bien de 725% dans le cas de la composante professionnelle, et de 1,500% dans le cas de la composante globale.

Ces deux pourcentages vous paraissent-ils effarants ? Alors faisons un calcul simple :

a) Au 19 octobre 1967, le gouvernement rétribuait les radiologistes à $0.12 d'une valeur de l'acte médical estimée à l'unité : $1.00, soit un taux de remboursement de 12%. Ceci est la prémisse de notre calcul. Au 20 octobre 1967, il accorde un taux de remboursement de 64%, d'où augmentation du taux de remboursement de 525%. Or dans le même temps, les médecins spécialistes estiment que ce tarif unitaire ne vaut plus $1.00, mais bien $1.40, d'où augmentation de 40% du tarif unitaire original. Et maintenant voici le calcul :

— 19 octobre 1967 : $1.00 est remboursé : *$0.12*
— 20 octobre 1967 : $1.40 est remboursé : *$0.90,* d'où augmentation de 725% ;

b) Au 19 octobre 1967, il n'était pas question, de la part du gouvernement, de rembourser les radiologistes pour la « composante globale ». Mais à partir du 20 octobre 1967, le gouvernement décide de rembourser cette composante à un taux de 90% du tarif de l'acte médical. Refaisons le calcul :

— 19 octobre 1967 : $1.00 est remboursé : *$0.12*
— 20 octobre 1967 : $1.40 est remboursé : *$1.26,* d'où augmentation de 1,500%.

Après cela on parlera de « rattrapage ». C'est plutôt le terme « défoncement des plafonds » qui s'applique ici.

Dans son étude sur le cas des radiologistes, M. Vincent Prince écrivait : « Le gouvernement qui, durant des semaines, avait tenu son bout et s'était refusé à accepter le tableau d'honoraires de la Fédération des spécialistes comme base de discussion, a finalement capitulé. Il a consenti à payer les radiologistes d'après un pourcentage des tarifs apparaissant à ce tableau. En 1967, il rémunérera ces derniers à 64% de leur échelle ; en 1968, à 66%. C'est de l'indécence pure et simple.

« En effet, c'est permettre à une partie syndicale de fixer unilatéralement ses tarifs et de les faire admettre ensuite comme étant justes par la partie patronale. Ça ne se fait dans aucun type de négociation. »[8]

Et un peu plus loin il ajoutait: « ... Bien des travailleurs aimeraient bien toucher $40,000 ou $50,000 par année, même si cela ne représentait que 65% de ce qu'ils croient mériter. »[9]

On pourrait tout aussi bien affirmer que bien des travailleurs, à commencer par les 100,000 fonctionnaires de la fonction publique et para-publique, (fonctionnaires provinciaux, professionnels du gouvernement, employés de la Régie des alcools, employés des hôpitaux, enseignants, etc...) aimeraient recevoir une augmentation de leurs salaires de l'ordre de 725%, au lieu du maigre 15% réparti sur trois ans que le gouvernement, au nom de sa « politique salariale » intangible et inchangeable, leur a imposé.

Si, toujours selon une affirmation de M. Vincent Prince, — non démentie à notre connaissance, — les radiologistes conventionnés au titre de la loi de l'assurance-hospitalisation, *avec un taux de remboursement de 12% de l'acte médical, gagnaient une moyenne, en 1965, de $32,000,* quelle somme, à partir du 20 octobre 1967, au seul titre de la loi de l'assistance médicale, avec un taux de remboursement de 64%, et à partir du 1er janvier 1968, avec un taux de remboursement de 66%, ceci au titre de la « composante professionnelle », d'une part, et avec un taux de remboursement de 90% au titre de la « composante globale », (celle qui s'applique pour les cabinets privés), à partir du 20 octobre 1967, de l'autre, quelle somme donc peuvent-ils espérer soutirer du gouvernement sur le dos des assistés sociaux ?[10]

Or, l'Etat du Québec, dans sa générosité et dans sa justice, alloue à ses plus hauts fonctionnaires, c'est-à-dire les sous-ministres, les sous-ministres adjoints, et autres administrateurs de Classe II et Classe I, des émoluments qui varient entre $18,000 et $25,000, et, sauf cas d'espèce, ils ne peuvent oeuvrer, — et ce n'est que normal — en dehors de leurs ministères. Nous citons ces chiffres pour faire pendant au $32,000 mentionné plus haut.

Et puisque nous parlons de tarif pour les radiologistes, revenons donc à cette fameuse question de la « composante

globale », rattachée à toute cette affaire des cabinets privés de radiologie.

En vertu de l'article 20 de la convention des radiologistes, cité au texte plus haut, l'Etat accepte de rembourser cette composante globale à 90% du tarif imposé par les médecins spécialistes.

On sait, maintenant, que cette composante globale, outre l'acte professionnel proprement dit, comprend une composante technique, c'est-à-dire le coût des films, des substances de contraste, de l'appareillage, du local, et des services techniques et administratifs. On sait, de plus, que cette « composante globale » ne s'applique que si le radiologiste pose son acte médical dans son cabinet privé.

Or, même si le ministre de la Santé était favorable au principe du remboursement de cette composante globale, il ne l'acceptait pas dans les termes posés par les médecins spécialistes, à moins, et c'est là sa *juste* condition, que cette « composante technique (...) soit préalablement établie par une firme comptable reconnue. »[11]

En conséquence, puisqu'il est impossible de connaître la majoration du « tarif 1967 » des actes médicaux posés par les radiologistes, par rapport au tarif utilisé avant le 20 octobre 1967, puisqu'on se trouve incapable d'évaluer à sa juste valeur cette « composante technique » et ce de l'aveu du gouvernement, quel pourcentage réel d'augmentation du remboursement de leurs honoraires les radiologistes au lendemain du 20 octobre 1967, ont-ils « arraché » au gouvernement ? Est-ce 725% au bas mot, 1,500%, 2,000% ?... Dieu et les médecins spécialistes, ainsi que le gouvernement, sont seuls capables de répondre à cette question.

• • •

Laissons le champ des radiologistes, – nous y reviendrons très vite mais pour une autre raison, – et allons brouter dans celui des médecins spécialistes.

Si les radiologistes ont bénéficié de « hausses vertigineuses », en est-il de même pour l'ensemble des médecins spécialistes ?

L'article 12, paragraphe M) de la convention des médecins spécialistes, signée le 9 avril 1968, stipule que :

« ... Tout autre soin,[12] sera rémunéré suivant les modalités suivantes :

1) du 1er août 1967 au 30 juin 1968, suivant les dispositions et les modalités tarifaires de l'entente expirée, selon le tarif d'honoraires professionnels de la F.M.S.Q. (1967) annexé aux présentes ;
2) du 1er juillet 1968 au 30 juin 1970, à 90% d'un tarif conventionnel que la Fédération s'engage à publier avant le 1er juillet 1968 et qui sera annexé aux présentes ;
3) le tarif d'honoraires prévu pour le 1er juillet 1968 aura, dans son application, la valeur monétaire convenue entre les parties. Son élaboration s'effectuera selon la méthode actuarielle définie par les actuaires conseils des parties. Le résultat de l'étude actuarielle sera vérifié par les actuaires conseils du ministre afin de s'assurer de sa conformité aux normes préétablies. Les parties reconnaissent à la F.M.S.Q. le droit d'intervenir à l'élaboration de ce tarif conventionnel. »

Dans son étude, déjà citée, sur la grève des raliologistes, M. Vincent Prince, analysant les termes monétaires de l'entente, se demandait si : « ... l'on n'a pas profité de ce règlement pour modifier l'entente intervenue l'an passé entre le gouvernement, d'une part, et les médecins omnipraticiens et spécialistes, d'autre part, dans le cadre justement de l'assistance médicale ... »[13]

En fait, le jeu mené par les médecins spécialistes fut nettement plus subtil.

Par cette grève, en premier lieu, ils faisaient accepter par le gouvernement leur « tarif 1967 », unilatéralement élaboré par eux, dans la partie concernant les radiologistes.

En second lieu, ils introduisaient la notion de « composante globale », avec taux de remboursement à 90% de l'acte tarifé.

En possession de cette double arme, ils pouvaient, à leur tour, négocier sur le terrain qu'ils avaient eux-mêmes choisi, c'est-à-dire acceptation globale, par le gouvernement, de leur « tarif 1967 », et augmentation unique du taux de remboursement à 90% du tarif, lequel passait ainsi de 70% à 90% dans le cas des consultations, actes diagnostiques et thérapeutiques, et de 60% à 90% dans le cas des actes chirurgicaux et anesthésiques.

Ceci signifiait une augmentation, sur le taux de remboursement seulement, de près de 30% dans le premier cas, et de 50% dans le second cas.

Et, dernière forme de subtilité, tout en maintenant les taux de remboursement prévus dans la convention de 1966, soit 70% et 60%, ils imposaient leur « tarif 1967 » rétroactivement au 1er août 1967, ce qui les assurait d'une hausse rétroactive d'environ 40% dans le remboursement de leurs honoraires, puisque, mutatis mutandis, telle est la majoration du tarif 1967 par rapport à celui de 1966.

Et maintenant voici, dans toute leur sécheresse, des statistiques révélatrices.

Dans le tarif 1966, à la rubrique « Consultations », sujet de « l'Anesthésiologie — Réanimation », il est prévu deux sortes de consultations : une majeure estimée à $10.50, et une mineure, estimée à $7.00.

Dans le « Tarif conventionnel 1968 », — copie exacte dans son ensemble du « tarif 1967 » et j'expliquerai plus loin cette affirmation, — il n'est plus question, à cette rubrique, de « consultation mineure », et la « consultation majeure » passe de $10.50 à $15.00, ce qui représente en gros une augmentation de 45% par rapport au tarif de 1966.

Alors, faisons le calcul : en 1966, une consultation majeure de $10.50 avec taux de remboursement de 70%, était remboursée au médecin conventionné en vertu de l'assistance médicale, la somme de $7.35.

Au 9 avril 1968, avec rétroactivité au 1er août 1967, le même acte coûtait au gouvernement : $15.00 au taux de remboursement de 70%, $10.50 soit environ 42% d'augmentation par rapport à 1966, et, comme par hasard, – heureux hasard, – la somme déboursée au 1er août 1967 par le gouvernement rencontrait exactement le tarif 1966 des médecins spécialistes.

Continuons notre calcul : au 1er juillet 1968, ce même acte médical coûte au gouvernement : $15.00, au taux de remboursement de 90%, soit *$13.50,* un peu moins que 30% d'augmentation par rapport à l'année précédente.

Calculons maintenant l'augmentation globale de cet acte médical :

En 1966 : $10.50 sont remboursés $7.35 ;

– Du 1/8/67 au 30/6/68 : $15.00 sont remboursés $10.50, soit $3.15 de plus représentant une augmentation d'environ 42% ;

– A partir du 1/7/68 : $15.00 sont remboursés $13.50, soit $3.00 de plus, représentant une augmentation d'un peu moins que 30%.

Total de l'augmentation, pour le gouvernement, de ce remboursement : $3.15 plus $3.00 égale $6.15 ; 42% plus 30% égale 72%.

Prenons maintenant le cas de l'ophtalmologie. Selon le tarif de 1966, une visite avec examen ophtalmologique complet était tarifée à $14.00. Au taux de remboursement de 70%, ceci signifiait que le gouvernement déboursait, en honoraires, la somme de $9.80.

Selon le nouveau tarif, cette même visite est tarifée à $20.00. Au taux de remboursement, entre le 1er août 1967 et le 30 juin 1968, à 70%, cela signifie que le gouvernement, comme par hasard, – mais quel heureux hasard ! . . . – rembourse à l'ophtalmologiste **la somme de $14.00.**

Enfin, au taux de remboursement en vigueur à partir du 1er juillet 1968, soit 90%, cela veut dire que le gouvernement déboursera : $18.00.

De plus, dans cette même rubrique, il est prévu, dans *le tarif 1967,* ce qui ne ne l'était pas dans celui de *1966,* une possibilité de consultation nouvelle dans les 30 jours, pour la même maladie ou une complication de celle-ci, au taux de $10.00.

Puisque nous sommes dans la rubrique "Consultations", faisons ressortir un autre point insolite du « tarif 1967 ».

Alors que le tarif 1966 prévoit une nomenclature pour « consultations majeures » et « consultations mineures », avec tarifs différents, mais aucune nomenclature au titre des « visites », le tarif 1967 élimine en règle générale toutes les « consultations mineures », mais ajoute une liste impressionnante de « visites » avec tarifs à l'avenant.

Passons maintenant aux actes chirurgicaux proprement dits. On a beaucoup parlé des greffes du coeur. Sans aller jusqu'à la greffe, regardons ce qu'il en coûtait en 1966 et 1967, et ce qu'il en coûte maintenant pour certaines opérations.

Selon le tarif de 1966, une « Cardiotomie avec exploration ou exérèse de corps étranger », était tarifée $180.00, et le gouvernement, aux taux de 60%, la remboursait $108.00.

Selon le tarif 1967, cette même opération est passée de $180.00 à $300.00.

Son remboursement est donc le suivant :

– Du 1er août 1967 au 30 juin 1968, à 60%, soit $180.00.
– Et à partir du 1er juillet 1968, à 90%, il était de $270.00.

Restons dans le coeur. En 1966, une « chirurgie de la valvule aortique : correction de sténose sous-valvulaire », était tarifée $195.00, et remboursée, au taux de 60%, au montant de $117.00.

Selon le tarif 1967, le coût de cette opération est passé de $195.00 à $325.00.

Son remboursement est donc le suivant :

– Du 1er août 1967 au 30 juin 1968, à 60%, et selon la tradition : 195.00 ;

– A partir du 1er juillet 1968, à 90%, $292.50.

Du coeur, passons au cerveau, autre organe vital s'il en est. Dans le tarif 1966, une « Craniotomie et exérèse : de cicatrice célébrale pour épilepsie », est tarifée $330.00, avec remboursement du gouvernement, au taux de 60%, de la somme de : $198.00.

Selon le tarif 1967, le coût de cette opération est passé de $330.00 à $550.00. Son remboursement est le suivant :

– Du 1er août 1967 au 30 juin 1968 : à 60%, toujours pour maintenir la tradition : $330.00 ;

– A partir du 1er juillet 1968 : à 90% : $490.00.

Et, dans la majeure partie des cas, l'augmentation du tarif 1967 par rapport à celui de 1966, est calculée de la même façon. Inutile, donc, de prolonger cette nomenclature.

Ce qui, à prime abord, saute aux yeux, lorsqu'on compare les deux tarifs : 1966 et 1967, c'est l'indéniable compétence des médecins spécialistes en matière de... comptabilité !

Ils ont, en effet, avec un bonheur sans égal, été capables de calculer le pourcentage de l'augmentation 1967, de façon à ce que le réajustement du tarif, dans la majeure partie des cas, concorde exactement avec celui de 1966 imposé au gouvernement Lesage, dont les taux de remboursement étaient de 70% et de 60% respectivement par rapport à ce tarif indexé à la convention de 1966.

Voilà une première passe d'armes de la part des médecins spécialistes, représentés par leur président au cours de toutes ces négociations, le Dr Raymond Robillard.

En « possession tranquille de leur vérité », espérant que le simple profane ne comprendrait rien à toute cette affaire des tarifs d'honoraires et de leur taux de remboursement, ils pouvaient, l'âme en paix, se promener dans la province en clamant qu'ils avaient posé un geste humanitaire, – ceci dans la plus pure tradition de la médecine, – en acceptant de continuer à subventionner, en 1967, ce régime d'assistance mé-

dicale, à 30% et 40% respectivement, puisque, tout comme en 1966, ils n'étaient remboursés qu'à 70% et 60% de leur tarif d'honoraires.

Mais la réalité est autre. Non seulement, par leur nouveau « tarif 1967 », ont-ils obtenu, *en dollars réels,* par rapport à 1966, des augmentations variant entre 30% et 45% au minimum, avec, dans certains cas, des pointes jusqu'à 62%, ceci selon les cas et les taux de remboursement, mais de plus, ont-ils poussé le « jeu » jusqu'à repenser leurs tarif pour que, dans le cadre des taux de remboursement établis en 1966, ce « recouvrement » d'honoraires effectué par le gouvernement dans le cours de l'année 1967, rencontre *exactement* le tarif 1966 de la nomenclature de la plupart des actes médicaux indiqués dans ce tarif.

Partant du principe qu'ils n'avaient exigé, du gouvernement, aucune augmentation des taux de remboursement pour l'année 1967, les médecins spécialistes confirmaient leur « détachement », en ne réclamant, à partir du 1er juillet 1968, qu'un maigre réajustement du taux de remboursement, — sans doute au titre de l'augmentation du coût du niveau de vie, — de l'ordre de 30% dans le cas des consultations, des actes diagnostiques et thérapeutiques, dont le taux de remboursement passait de 70% à 90%, d'une part, et de l'ordre de 50% dans le cas des actes chirurgicaux et anesthésiques, qui passait de 60% à 90%, d'autre part.

Ajouté à ce minime réajustement, en fonction de l'augmentation du coût du niveau de vie pour les années 1966 et 1967, il faut calculer aussi les augmentations obtenues dans le cadre de la majoration du « tarif 1967 » par rapport à celui de 1966.

Ainsi, pour les consultations, les actes diagnostiques et thérapeutiques, par rapport au tarif 1966, l'augmentation du tarif 1967 se situe entre 40% et 45%, pour une moyenne de 42%, ce qui, au 1er juillet 1968, par rapport au 17 mars 1966, signifie une augmentation réelle de 72%, car 42% d'augmentation sur le tarif d'honoraires, plus 30% d'augmentation sur le taux de remboursement, équivaut à une majoration globale

de 72% *en dollars réels* que le gouvernement, dans le cadre de la loi de l'assistance médicale, a accordée au titre de la rubrique « composante professionnelle ».

De même, au titre des « actes chirurgicaux anesthésiques », (qui comportaient une partie « composante technique », d'où, en 1966, un taux de remboursement de 60%, au lieu de 70% comme pour les actes diagnostiques, etc., lesquels représentaient la composante professionnelle), l'augmentation en *dollars réels* du remboursement accepté, par le gouvernement, au titre de ces actes est, par rapport à la convention et au tarif de 1966, de l'ordre, mutatis mutandis, de 110%.

De quelle façon ? Au 30 juin 1968, le taux de remboursement des actes chirurgicaux tarifés est de 60%. Le 1er juillet 1968, ce taux passe à 90%, d'où augmentation sur le taux de remboursement de 50%.

A partir du 1er août 1967, c'est le « tarif 1967 » qui entre en vigueur pour le calcul du taux de remboursement. Or ce tarif, par rapport à celui de 1966, est majoré selon une gradation qui passe de 40% au minimum à 65% au maximum, avec une moyenne générale qu'on peut estimer à 60%.

Faisons le calcul : 50% d'augmentation sur le taux de remboursement plus 60% sur la majoration du tarif égale une augmentation moyenne générale de 110%.

Bref, dans le cours de toutes ces négociations entreprises dans le cadre d'une loi humanitaire, dont l'objet était d'aider financièrement les assistés sociaux incapables de payer les soins médicaux et chirurgicaux, les médecins spécialistes ont d'abord, en 1966, considéré l'Etat comme la meilleure firme spécialisée de recouvrement de leurs honoraires, pour, ensuite, en 1967, le comparer à un créancier nettement solvable mais qui refusait de payer ses dus, et, enfin, découvrir, en 1968, qu'ils avaient à portée de main une magnifique « poule aux oeufs d'or ».

• • •

On a remarqué tout au long de cette analyse sur les augmentations consenties aux médecins spécialistes, par le gouvernement, que nous ne citions que deux tarifs : le tarif 1966 et le tarif 1967, alors que nous laissions de côté, le tarif « conventionnel » 1968 dont le dépôt, en vertu de l'article 12, paragraphe M), sous-paragraphe 2) de la convention signée le 9 avril 1968, devait être effectué par les médecins spécialistes avant le 1er juillet 1968.

Pourquoi cette omission du tarif conventionnel 1968 ? Tout simplement parce que ce tarif est, dans l'ensemble, l'exacte réplique du tarif 1967.

De ce fait, entre le 9 avril 1968, date de la signature de leur convention, et le 1er juillet 1968, date obligatoire du dépôt du « tarif conventionnel » 1968, les médecins spécialistes n'avaient littéralement pas le temps d'élaborer, dans ses moindres détails, un nouveau tarif, ne serait-ce que parce que la nomenclature de tous les actes médicaux et chirurgicaux s'étend sur près de 100 pages, ce qui, avec une moyenne de 22 à 25 actes médicaux codifiés par page, représente une nomenclature d'environ 2,500 actes médicaux.

En conséquence, prise devant l'urgence du dépôt de ce « tarif conventionnel », la Fédération des médecins spécialistes changea simplement son titre 1967 de « Tarif des honoraires », en le remplaçant en 1968, par « Tarif conventionnel des honoraires », et elle le modifia légèrement en y incluant une nomenclature d'actes médicaux non prévus en 1967.

Preuve en est que lorsqu'on compare ces deux tarifs, — le « tarif des honoraires 1967 » et le « tarif conventionnel des honoraires 1968 », — on se rend compte rapidement, par exemple, que toute la section des « Actes diagnostiques et thérapeutiques » paginée de 17 à 31 dans le tarif 1967, est, dans le tarif conventionnel 1968, paginée de 16 à 30.

De la même manière, toute la section « Radiologie » est, dans le tarif 1967, paginée de 97 à 110, et dans le « tarif conventionnel 1968 », cette même pagination se retrouve, sauf

que dans ce dernier, on a fait sauter, à la page 110, la rubrique « Radioisotopes », pour la remplacer par une nouvelle rubrique titrée « Médecine nucléaire ».

Preuve enfin que le « tarif conventionnel des honoraires » de la Fédération des médecins spécialistes, déposé, conformément à la convention du 9 avril 1968, avant le 1er juillet de la même année, n'est qu'un duplicata du tarif 1967, c'est qu'il y a concordance, dans le cas des radiologistes, entre le tarif 1967 photostaté annexé à la convention du 20 octobre 1967, et le « tarif conventionnel des honoraires 1968 ».

Cette concordance, toutefois, ne va pas jusqu'à reproduire les mêmes tarifs dans tous les cas, et ceci plus spécifiquement dans le cas des anesthésies. De fait, en étudiant les deux tarifs, on se rend compte que de temps à autre, face à un acte médical codifié dans le tarif 1967, avec mention de l'anesthésie, le tarif prévu pour celle-ci est modifié, assez souvent à la baisse, dans le tarif conventionnel 1968.

Dans le chapitre 3, nous disions que le précédent créé par le gouvernement, en acceptant de discuter un taux de remboursement à partir d'un tarif d'honoraires unilatéralement élaboré par la partie médicale, tarif qu'elle imposait au gouvernement, liait ce gouvernement dans l'avenir, sans qu'il ait la garantie que ce tarif, dans le contexte d'une nouvelle convention, ne serait pas majoré par rapport au précédent, d'une part, sans qu'il ait la garantie, qu'en outre, la partie médicale n'en profiterait pas, toujours dans ce contexte d'une nouvelle négociation, pour exiger une augmentation sensible du taux de remboursement.

Par tout ce qui précède dans le présent chapitre, on se rend compte que cette double assertion était fondée : non seulement les médecins spécialistes ont-ils, en 1967, augmenté leur tarif d'honoraires par rapport à celui de 1966, mais l'ont-ils imposé, avec la majoration qu'il comportait, en deux temps au gouvernement : d'abord partiellement en 1967, en faisant accepter la partie de ce tarif qui concernait les radiologistes, ensuite en son entier, en 1968, en rendant son application rétroactive en 1er août 1967.

Puis, dans le cadre de l'application de ce tarif pour l'année 1968, ils unifièrent deux taux de remboursement, et ils obtinrent, via cet unique et nouveau taux de remboursement, des augmentations desdits taux de l'ordre, respectivement, de 30% et 50%, comme il a été expliqué ci-haut.

En certains milieux, on tente de justifier cette hausse du taux de remboursement en expliquant que, par cette disposition, on a voulu éliminer les abus provenant des chirurgiens pour les actes chirurgicaux qu'ils posaient, et relever le niveau des omnipraticiens, ces cousins pauvres de la médecine spécialisée.

Plus précisément, on explique que jusqu'à la nouvelle convention, les chirurgiens étaient rétribués jusqu'à 126% du tarif admis pour l'ensemble des mêmes actes posés par leurs confrères de l'Ontario, alors que les médecins omnipraticiens, par rapport à ceux de l'Ontario, étaient nettement sous-évalués.

Et, concluait-on, par cette entente, on a obligé les chirurgiens à se réévaluer par rapport à ceux de l'Ontario, c'est-à-dire à accepter une diminution, *en dollars réels,* des honoraires qu'ils percevaient au titre de l'assistance médicale, alors que dans le même temps, on augmentait, *en dollars réels,* la somme des honoraires que pouvaient toucher les médecins omnipraticiens, toujours au titre de l'assistance médicale.

Par cette opération, affirme-t-on, toujours en ces « certains milieux », soit diminution des sommes globales versées aux chirurgiens et augmentation de celles attribuées aux omnipraticiens, s'est accomplie une reconversion qui permet, au gouvernement, de ne pas débourser plus que le montant prévu au titre de l'assistance médicale.

Si cette assertion est exacte, — et nous sommes trop profane en la matière pour la contester, — comment se fait-il, qu'en 1968, il en a coûté, au gouvernement, $2,186,356 de plus qu'en 1967 ?

Est-ce à dire que le nombre des assistés sociaux a augmenté par rapport à 1967 ? Et même si c'était le cas, — et ceci est véridique, — n'est-il pas vrai que les augmentations généreuses

accordées aux radiologistes et aux médecins, ont favorisé cette majoration du coût de l'assistance médicale ? Par contre, la question se pose de savoir dans quelles proportions respectives, augmentation du nombre d'assistés sociaux et augmentation du remboursement des honoraires des médecins en général, ont agi sur cette majoration des déboursés accomplis au titre de l'assistance médicale ?

Quoi qu'il en soit, lorsqu'on constate qu'un acte chirurgical comme la « Cardiotomie avec exploration ou exérèse de corps étranger » qui, en 1966, était tarifé à $180.00 avec remboursement du gouvernement, au taux de 60% , à $108.00, est tarifé en 1967 à $300, avec, au 1er août de la même année, remboursement, au taux de 60%, à $180.00, soit une augmentation *réelle* du remboursement de $72.00 par rapport à 1966, et, au 1er juillet 1968, est remboursée, au taux de 90%, à $270.00, soit, par rapport à 1967, une augmentation en *dollars réels* de $90.00, pour une augmentation globale, par rapport à 1966 de $162.00 ; lorsqu'on constate, en outre, qu'un acte médical de diagnostique ou de thérapeutique, comme un « cathétérisme cardiaque gauche : ventricule gauche par voie rétrograde » est tarifé en 1966 à $70.00, (et dans ce carcul, nous ne faisons pas entrer en ligne de compte le tarif de l'anesthésie), que, donc, cet acte est tarifé, en 1966, à $70.000 avec remboursement du gouvernement au taux de 70% à $49.00, que ce même acte est tarifé, en 1967, à $100.00 avec remboursement, au taux de 70%, à $70.00, soit, par rapport à 1966, une augmentation du remboursement en *dollars réels*, de $21.00, acte qui, en 1968, au taux de 90%, est remboursé à $90.00, soit, par rapport à 1967 une augmentation nouvelle de $20.00, ceci pour une augmentation globale, par rapport à 1966, de $41.00 ; bref, lorsqu'on constate de telles augmentations, peut-on croire que non seulement, face aux disparités dans les augmentations entre actes chirurgicaux et actes médicaux, il y a eu « reconversion » des sommes allouées au titre de l'assistance médicale, de façon à ce que la masse monétaire ne soit pas modifiée par cette reconversation, mais de plus, que seule l'augmentation du nombre d'assistés sociaux justifie la majoration du coût de l'assistance médicale ?

Poser la question c'est y répondre.

On allègue aussi, toujours en ces milieux, qu'il n'y a pas eu imposition réelle du tarif conventionnel 1968 de la part des médecins spécialistes, et pour justifier cette allégation, on réfère au sous-paragraphe 3, de l'article 12, paragraphe M), de la convention, sous-paragraphe qui stipule que :

« ... le tarif d'honoraires prévu pour le 1er juillet 1968 aura, dans son application, la valeur monétaire convenue entre les parties. Son élaboration s'effectuera selon la méthode actuarielle définie par les actuaires conseils des parties. Le résultat de l'étude actuarielle sera vérifié par les actuaires conseils du ministre afin de s'assurer de sa conformité aux normes préétablies ... »

A priori, il est vrai que, par cette clause, le tarif conventionnel qui, selon le même article 12, paragraphe M), sous-paragraphe 2), devait être déposé avant le 1er juillet 1968, ce tarif conventionnel est remis en question, d'autant plus que nous avons appris que les actuaires des médecins spécialistes et ceux du gouvernement se sont rencontrés à plusieurs reprises, pour finalement tomber d'accord, il y a à peine trois mois, sur la valeur des actes nomentariés dans ce tarif.

Donc, dira-t-on, victoire du gouvernement qui a négocié, après coup, ce qu'il avait été incapable de faire sur-le-champ, soit le tarif des médecins spécialistes.

Deux petites constatations, pourtant, viennent refréner nos velléités de féliciter le gouvernement.

En premier lieu, la convention signée le 9 avril 1968, est précise. Ce fameux article 12, paragraphe M), clé de voûte de la convention en sa section monétaire, spécifie que :

« ... Tout autre soin *sera,* (c'est nous qui soulignons), rémunéré suivant les modalités suivantes :

2) du 1er juillet 1968 au 30 juin 1970, à 90% d'un tarif conventionnel que *la Fédération s'engage à publier* avant le 1er juillet 1968 *et qui sera annexé aux présente ...* »

Le texte est clair et péremptoire. A partir de ce texte, on ne voit pas comment la Fédération des médecins spécialistes était prête à accepter une réouverture des négociations par actuaires interposés sur un tarif accepté par le gouvernement, tarif qui servait de barème pour le calcul du remboursement, par le gouvernement des honoraires de ces médecins, d'autant plus que ce tarif n'était que l'exacte copie du tarif 1967, déjà accepté par le gouvernement.

Ce texte était tellement clair dans l'esprit du président de la Fédération des médecins spécialistes, le Dr Raymond Robillard, que le 12 juillet 1968, il expédiait une lettre aux membres de sa Fédération, dans laquelle il écrivait :

« Aux termes de la convention du 9 avril 1968, les médecins, à compter du 1er juillet 1968, seront rémunérés à 90% du *TARIF CONVENTIONNEL* ci-inclus.[14]

« Nous vous prions :

« 1° D'utiliser le *TARIF CONVENTIONNEL*,[14] et nön le tarif des honoraires 1967 pour le calcul des honoraires que vous soumettrez au Service de l'Assistance médicale.

« 2° De facturer les honoraires à 90% du *TARIF CONVENTIONNEL* . . . »

En second lieu, si le président de la Fédération des médecins spécialistes, le Dr Raymond Robillard, avait réellement cru que le tarif conventionnel 1968 se devait d'être renégocié, après signature de la convention, aurait-il, non seulement accepté de signer cette convention qui remettait en cause toute la politique monétaire de la gent médicale, et de plus, expédié la lettre que nous venons de citer ?

Là encore, poser la question c'est y répondre.

Pour terminer sur cette question des tarifs et du taux de leur remboursement, disons que le gouvernement accepte, par cette clause du remboursement à 90% du tarif, de payer en double les services techniques d'un hôpital.

En effet, tout acte chirurgical comporte une « composante technique » représentée par le coût d'opération d'un ma-

tériel chirurgical, le salaire des techniciens, celui des secrétaires et des infirmières, ainsi que les déboursés au titre de l'administration.

Le gouvernement Lesage tenant compte de ce facteur, assumé au titre de la loi de l'assurance-hospitalisation, avait alloué un taux de remboursement, pour les actes chirurgicaux, de 60% du tarif 1966.

Si l'on tient compte du fait que les radiologistes, par leur convention du 20 octobre 1967, avaient obtenu, au titre de cette « composante technique », un remboursement à 90% du tarif lorsqu'ils posaient des actes dans leurs cabinets privés, taux admis par Québec justement pour rencontrer ce coût d'opération, on peut penser, à juste titre, que le gouvernement, en accordant un taux de remboursement de 90% de l'acte chirurgical tarifé, que cet acte soit posé en cabinet privé ou à l'hôpital, payait, en ce qui concerne les actes chirurgicaux posés à l'hôpital, deux fois la composante technique, une première fois via l'assurance-hospitalisation, et une deuxième fois via l'assistance médicale.

• • •

Nous voici revenus aux radiologistes. Dans le chapitre 4, nous affirmions que la Fédération des médecins spécialistes avait manoeuvré les radiologistes grévistes, de manière à obtenir, dans le cours de ses propres négociations, des avantages pécuniaires et « normatifs » que le ministre de la Santé, M. Jean-Paul Cloutier, se refusait à leur accorder.

Nous pensons avoir prouvé, dans le chapitre 5, qu'effectivement, les médecins spécialistes avaient arraché au gouvernement de tels avantages « normatifs » et qu'à tout le moins, ils avaient, partiellement, aliéné le pouvoir législatif et administratif gouvernemental.

Nous pensons avoir prouvé, dans ce chapitre, qu'à la suite de cette grève, les médecins spécialistes ont arraché au gouvernement des augmentations d'un ordre tel que si la moitié de cette augmentation avait été accordée aux employés de la Régie des alcools et aux enseignants, jamais, dans le premier cas, il n'y aurait eu de grève, et, dans le second, toute l'agitation qui existe actuellement serait encore inconnue.

Devant ces faits : grève des radiologistes et, obtention, six mois après, par les médecins spécialistes, des principaux avantages gagnés sous pression par les premiers, nous affirmons que la négociation intervenue entre le gouvernement et les radiologistes, avec toutes les arrière-pensées que dissimulaient les médecins spécialistes, a, de bout en bout, été réalisée sous de fausses représentations.

Négociations sous de fausses représentations de la part de la Fédération des médecins spécialistes ? Le mot peut paraître un peu fort, l'accusation osée ! ...

Et pourtant ! ... Admirons l'effet « passe-ballon » de ces négociations ! ...

1° — En 1967, les radiologistes déclenchent une grève de trois mois pour obtenir, finalement, un taux de remboursement du tarif d'honoraires à l'acte professionnel moindre que celui de l'ensemble des spécialistes, soit 64% du 20/10/1967 au 31/12/1967, et 66% du 1/1/1968 au 30/6/1968, au lieu de 70% et 60% pour les autres spécialistes ; même inférieur aux taux consentis aux médecins spécialistes et omnipraticiens, ce nouveau taux représente une « hausse vertigineuse » par rapport à l'ancien, c'est-à-dire à celui en vigueur, avant le 20 octobre 1967.

2° — Toujours dans leur convention du 20 octobre 1967, les radiologistes obtiennent le remboursement à 90% des actes médicaux qu'ils posent, *spécifiquement dans leurs cabinets privés,* lorsque la composante technique (c'est-à-dire l'utilisation de leur matériel médical), est de rigueur.

3° — A partir du 9 avril 1968, cette mesure (remboursement à 90% de la composante globale) est extensionnée au groupe entier des médecins spécialistes, et entre en vigueur à partir du 1er juillet 1968.

4° — En vertu de cette convention du 9 avril 1968, (qui, ne l'oublions pas, concerne tous les spécialistes, sauf les radiologistes), ceux-ci ont obtenu en outre une augmentation du remboursement du tarif d'honoraires de l'acte professionnel seulement, qui passe de 70% à 90% au 1er juillet 1968, mais aussi l'intégration des deux tarifs, (tarif de la « composante professionnelle » et tarif de la « composante globale »), en un unique qui s'applique dans tous les cas.

5° — L'effet « boomerang » ou « passe-ballon », se termine avec la nouvelle négociation des radiologistes, et ainsi la « boucle est bouclée ». Puisque l'application des taux prévus dans leur convention du 20 octobre 1967 s'achève au 30 juin 1968, en vertu de « l'effet passe-ballon », on peut être assuré que les radiologistes ont obtenu l'unification des taux de remboursement à celui accordé aux autres spécialistes, soit 90%, et leur extension aux soins qu'ils accordent dans les hôpitaux.

Si devant de tels faits, il ne s'agit pas de « négociations entreprises sous de fausses représentations » de la part de la Fédération des médecins spécialistes, ces mots, alors, n'ont plus aucun sens !

Encore heureux que le président des omnipraticiens, le Dr Gérard Hamel, souhaite que : « . . . Puissent les médecins utiliser leur instrument de représentation et de négociation collective qu'est leur syndicat pour apprendre à négocier par-delà les questions d'honoraires, des politiques de santé axées sur les besoins de l'homme de notre société québécoise. »[15]

Lorsqu'on sait que l'Etat, par la convention des radiologistes et celle, nouvelle des médecins spécialistes, garantit un revenu annuel aux premiers d'environ $35,000.00 au titre de l'assurance-hospitalisation, et combien à celui de l'assistance- médicale, et aux seconds, entre $10,000.00 et $20,000.00, ceci au seul titre, pour les seconds de l'assistance médicale, qui à partir de cette donnée refusera de croire que la pauvreté n'est pas rentable !

On comprend pourquoi la gent médicale accepte maintenant, allégrement, ce qu'elle rejetait, il y a dix et même cinq ans : sa fonctionnarisation, pour ne pas dire sa « socialisation ». Il est vrai que, comme l'écrivait si justement Vincent Prince, le gouvernement, pour arriver à ce résultat, a dû littéralement « acheter » les médecins spécialistes.[16]

En étudiant à fond les implications de ces conventions, on s'interroge sur la façon dont l'Ordre (soit le Collège des médecins) peut « ... assurer en outre le maintien de l'honneur professionnel parmi ses membres »[17]

De toute façon, que l'on calcule le coût, simplement en honoraires, de l'application de l'assistance médicale, revue et corrigée par la convention du 9 avril 1968, et il se monte à plusieurs millions de dollars pour une collectivité de 540,000 assistés sociaux, qu'on y ajoute le coût, toujours simplement en honoraires, de l'application de la loi de l'assurance-hospitalisation, qui lui aussi se calcule à plusieurs millions de dollars, et l'on comprendra rapidement pourquoi de tels coûts, avec tous les addenda administratifs restrictifs prévus « contre » le gouvernement, non seulement obéreront fortement et financièrement le futur plan universel d'assurance-santé, mais l'hypothéqueront au point de le rendre inefficace.

---

(1) « Négociations entre le gouvernement et l'Association des radiologistes de la province de Québec », document déjà cité, page 3 du commentaire.

(2) Idem.

(3) Idem.

(4) Il s'agit ici d'une série de paragraphes lettrés de A à K, par lesquels sont définis des taux précis de remboursement pour divers actes médicaux, qui n'ont subi aucune modification dans la convention du 9 avril 1968, et du paragraphe L, concernant les radiologistes.

(5) Vincent Prince, *Le Devoir* du 2 novembre 1967, éditorial intitulé : «L'entente signée entre Québec et les radiologistes est un document décevant ».

(6) Nous pouvons partir de cette donnée que l'unité de base de l'acte médical, avant le 20 octobre 1967, était $1.00, puisque dans le document déjà cité du 21 septembre 1967, le gouvernement proposait un remboursement à l'acte médical, selon une unité de base décrite comme « l'acte 3024 » du tarif de la F.M.S.Q., 1967, laquelle unité était justement tarifée $1.00 au titre de la « composante globale ».

(7) Tarif des honoraires, assistance médicale, 1966, ministère de la Santé, page 22.
(8) Vincent Prince, éditorial déjà cité du 2 novembre 1967.
(9) Idem.
(10) Cette affirmation à l'effet que les radiologistes gagnaient en moyenne $32,000.00 annuellement, ceci en 1965, est extraite de Vincent Prince, *Le Devoir*, en date du 6 octobre 1967, article titré « Une mise au point de la Fédération des médecins spécialistes du Québec ».
(11) Document du ministère de la Santé, déjà cité, page 4 des commentaires.
(12) Il s'agit ici des mêmes références que celles données au 4, ci-haut.
(13) Vincent Prince, *Le Devoir*, éditorial du 2 novembre déjà cité.
(14) Les majuscules et le souligné sont dans le texte.
(15) « Le médecin du Québec » volume 3, no 12, décembre 1968, éditorial signé Gérard Hamel, intitulé « la Médecine à un carrefour », page 384.
(16) On retrouve cette opinion de M. Prince dans son éditorial du 2 novembre 1967.
(17) Projet de réforme de la loi médicale, bulletin du Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec, volume 8, octobre 1968, 6e attendu, page 4.

A l'ordre du jour : la discrimination des professionnels de la Santé

Nous avons déjà démontré, au chapitre 3, que la convention signée avec les médecins, ainsi que son corollaire, la loi de l'assistance médicale, consacraient une forme de discrimination vis-à-vis certains groupes des professionnels de la santé.

Puisqu'il nous est impossible de citer ici tous les cas de discrimination envers chaque groupe de professionnels, nous prenons, pour illustrer notre thèse, l'exemple d'un groupe en particulier : celui des optométristes.

Comment expliquer que le législateur accorde un statut légal ainsi qu'une vie juridique aux optométristes, quand il reconnaît lui-même que l'optométrie : « . . . *comprend aussi tout examen de la vue fait par tous les moyens quelconques,*[1] hormis l'usage des drogues, *dans le but d'en déterminer, d'en corriger ou d'en améliorer l'acuité* . . .[1] [2] et que, du même souffle, dans toutes ses lois qui ont une répercussion dans le domaine de la santé et du bien-être social, ce même législateur ignore, entre autres, ce groupe de professionnels.

Qu'on prenne les diverses lois émanant du ministère de la Santé ou de la Famille et du bien-être social, toutes accordent une place éminente aux médecins, quelque soit leur spécialité, toutes oublient les autres groupes de professionnels de la santé, dont les optométristes.

S'il est normal de constater que dans la loi créant l'assurance-hospitalisation, nulle mention n'est faite de l'optométriste, il est quand même plus surprenant de voir que toute la loi créant l'assistance médicale ne gravite qu'autour d'un seul type de professionnel de la santé : le médecin, qu'il soit omnipraticien ou spécialiste.

Passons à la loi de l'hygiène publique et à son corollaire, celle des unités sanitaires.

L'une comme l'autre pensent hygiène publique en matière d'épidémie, d'insalubrité des liens et des locaux, etc... ; l'une comme l'autre, à juste titre d'ailleurs, accordent une place éminente au médecin-hygiéniste plus spécifiquement, mais où trouvons-nous des dispositions pour imposer un optométriste, — et pourquoi pas ? — dont le rôle consisterait justement à dépister le mauvais éclairage des lieux, (écoles, lieux publics, industries), cause de multiples déficiences visuelles ?

Quant aux hôpitaux, qu'il s'agisse d'institutions psychiatriques, d'hôpitaux publics ou d'hôpitaux privés, là encore la part est faite belle aux médecins, et nulle pour tous les autres professionnels de la santé.

Du ministère de la Santé, passons à celui de la Famille et du bien-être social.

A part la récente « loi de la canne blanche », (bill 72), sanctionnée le 14 novembre 1968, toutes les autres lois du bien-être social, dont l'application dépend de ce ministère, ignorent purement et simplement l'optométriste.

De fait, la « loi de la canne blanche » reconnaît à l'optométriste, tout comme à l'ophtalmologiste, le droit de décerner à un aveugle, un certificat d'acuité visuelle réduite selon des normes et tests établis.

Mais qu'il s'agisse de « La loi de la protection de la jeunesse », de celle de « La Clinique d'aide à l'enfance », du « projet de normes pratiques de placement en foyers nourriciers », etc... alors qu'on prévoit, selon le cas, des médecins, psychologues, psychiatres, assistantes sociales, etc..., nulle part, on ne prévoit les recours aux services d'optométristes dans le cas de défectuosités ou défaillances visuelles.

Par ailleurs, on sait que ce ministère gère des fonds importants pour allouer des subventions aux personnes âgées, aux invalides, aux aveugles, aux mères nécessiteuses, aux assistés sociaux, etc...

Ce groupe important de personnes de toutes conditions bénéficient de l'assurance-hospitalisation, et de l'assurance médicale, mais, en ce qui concerne les soins optométriques ou dentaires, elles doivent gruger sur leur faible allocation les sommes nécessitées par ces soins.

Ceci est tellement vrai, que le ministre de la Santé, de la Famille et du bien-être social, M. Jean-Paul Cloutier, l'a publiquement admis le 3 juin 1968, en comité des crédits de la Famille et du bien-être social, alors qu'à une question posée par le député Noël Saint-Germain, il déclarait: «... Alors indirectement, disons que pour l'assisté social, *une partie de son allocation* a trait... aux soins dispensés par les optométristes et les dentistes... »

Aussi, cet assisté social, pour obtenir le remboursement intégral de ses dépenses extra-médicales, devra s'humilier une nouvelle fois en s'astreignant à remplir une « demande d'assistance supplémentaire », afin de bien prouver à l'Etat qu'il croupit dans la misère.

Mais, comme il ne peut inclure, dans les détails de ses dépenses, le véritable motif de sa nouvelle demande d'assistance, cet assisté social devra fausser son rapport en déclarant cette dépense, pourtant essentielle pour lui, sous la rubrique : « Objets pour soins de toilette, d'hygiène et autres besoins personnels. »

Comble de l'absurde : parce que le gouvernement se refuse à reconnaître comme dépenses essentielles les soins optométriques ou dentaires dont l'assisté social a besoin, parce qu'en outre, il estime que la maigre allocation sociale que reçoit cet assisté suffit à rencontrer ces dépenses, celui-ci, pour être remboursé, doit faire, sous *serment,* une fausse déclaration. L'Etat est au courant de cette situation et la subit.

Passons à un autre ministère, aussi important que les deux autres précités, celui de l'Education.

La Commission Parent, dans son volume 2, recommande une clinique multi-disciplinaire en vue d'appliquer un plan de dépistage et de prévention des défectuosités physiques, oculaires, et psychologiques, pour ne pas dire psychiatriques des élèves.

Rien n'est plus facile pour le ministère de l'Education, en accord avec celui de la Santé, d'implanter de telles cliniques, soit au niveau d'une commission scolaire, soit en groupant deux ou plusieurs commissions scolaires locales, puisque l'article 271 de la « Loi de l'Instruction publique » dit très précisément : « . . . Les commissaires et les syndics d'écoles sont autorisés à pourvoir à l'inspection médicale de leurs élèves et de leurs écoles, *sous la direction du ministre*[1], et à faire les dépenses occasionnées par cette inspection.

« . . . Deux ou plusieurs commissions scolaires *peuvent*[1] s'unir pour réaliser cette inspection après en avoir obtenu l'autorisation du ministre. »[3]

Il va de soi que par ses lois de l'hygiène publique, (dont la partie concernant la vaccination antivariolique des élèves est incluse dans ce recueil), et des unités sanitaires, cette inspection médicale a été, en grande partie, accomplie par les unités sanitaires.

Mais il ne faut pas oublier que certaines commissions scolaires avaient mis sur pied des programmes de dépistage et de prévention de défectuosité visuelle, dans lesquels pas moins de 60 optométristes étaient engagés.

Or, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1967-1968, le gouvernement, via le ministère de l'Education, acceptait de rembourser les commissions scolaires qui déboursaient pour de tels plans de dépistage et de prévention oculaire.

Mais en juin 1968, le ministère de l'Education, dans ses directives concernant les nouvelles règles budgétaires, à être appliquées par les commissions scolaires pour l'année scolaire 1968-1969, décidait de rayer d'un trait de plume ce genre de subventions en transférant la responsabilité financière du « service social et (des) services de santé et cliniques » au ministère de la Famille et du bien-être social ainsi qu'à celui de la Santé.

Devant une telle législation, force est de constater que, loin de favoriser l'éclosion d'équipes multidisciplinaires, dans lesquelles oeuvreraient *tous* les professionnels de la santé, celle-ci est uniquement vouée au service de la médecine.

Si cette discrimination, pratiquée aux dépens de certains professionnels de la santé, est sanctionnée par le législateur, à plus forte raison ne doit-on pas se surprendre de la voir appliquée tant par l'administration provinciale, que scolaire et municipale, sans excepter, même, l'entreprise privée.

Des exemples foisonnent pour prouver l'établissement, à ces niveaux, d'une politique qui, systématiquement, vise à éliminer certaines catégories de professionnels de la santé, ce, au profit de la médecine, et plus particulièrement de la médecine spécialisée.

1° – MINISTÈRE DE LA SANTÉ

Malgré la circulaire No. 453, remaniée en décembre 1967 à la demande des optométristes, les médecins-hygiénistes et les infirmières visiteuses, dans trop de cas, recommandent régulièrement aux parents un examen des yeux de leur enfant par l'ophtalmologiste.

Pourtant cette circulaire est claire : « . . . Vous devez, est-il écrit à la page 4, recommander aux parents que soit examiné par l'ophtalmologiste ou l'optométriste . . . », l'enfant dont la vision n'atteint pas certaines normes précisées par cette même circulaire.

Or malgré cette directive datée de 1967, un an plus tard, soit des médecins-hygiénistes, soit des infirmières visiteuses s'entêtent à recommander l'ophtalmologiste.

En date du 17 octobre 1968, le Dr R. Beauvilliers, médecin-hygiéniste à l'Unité sanitaire du comté de Chambly, recommande aux parents d'une petite fille, Linda, « un examen plus approfondi par un oculiste », ce qui veut dire un ophtalmologiste.

Le même jour, ce même docteur conseille aux parents de Danielle de : « ... voir votre médecin spécialiste pour les yeux ou vous présenter dans une clinique externe pour les yeux ... » Il va de soi que le « médecin spécialiste », en l'occurrence, est un ophtalmologiste.

Dans ce même comté, en date du 23 octobre 1968, l'infirmière visiteuse de cette unité sanitaire, recommande aux parents, par téléphone, l'examen des yeux de leur fille France par un ophtalmologiste alors qu'elle ne souffre d'aucun cas pathologique visuel, et cette recommandation venant de l'infirmière est confirmée par le Dr R. Beauvilliers comme suit : « Voir un médecin spécialiste pour les yeux ou prendre un rendez-vous dans une clinique pour les yeux d'un hôpital pour enfant ... »

La garde G. Collete de l'Unité sanitaire de Louiseville, en date du 10 juin 1968, conseille aux parents de Linda de : « ... voir un ophtalmologiste le plus tôt possible ... »

L'infirmière visiteuse du service de santé de la Commission scolaire « Laurenvale protestant schools », sur un formulaire ronéotypé, recommande aux parents de René, de prendre rendez-vous avec un médecin qui pourra lui recommander, pour consultation, un ophtalmologiste. Cette suggestion impérative est faite en date du 3 août 1968.

Au « South Shore Protestant Regional Board School, Medical inspection, School Health Service », Mme J. Cook, adjointe, semble-t-il, au directeur du service de santé, recommande en date du 23 octobre 1968, aux parents de la petite Heather, un examen des yeux par un oculiste, et, toujours à la même date, elle fait une recommandation similaire aux parents de Christine.

Jusqu'à un certain point, il n'est pas étonnant de voir ces médecins-hygiénistes et ces infirmières visiteuses, des unités sanitaires, recommander uniquement, à l'encontre de la circulaire No. 453, émanant du ministère de la Santé, le recours à l'ophtalmologiste lorsqu'il s'agit d'un examen des yeux, d'abord parce que le pli est pris depuis de nombreuses années,

ensuite parce que le formulaire U.C. 5-C n'a pas encore été modifié, et qu'il y est spécifié, pour les parents, cette petite phrase lourde de sens : « . . . Veuillez faire signer la partie détachable par *votre médecin* et la retourner, le plus tôt possible, au Service de santé de l'école. »

Quant aux services de santé mis sur pied par certaines commissions scolaires, pourquoi s'étonner des recommandations unilatérales favorisant le médecin ou l'ophtalmologiste, puisque l'exemple vient de si haut ?

2° – MINISTÈRE DE LA JUSTICE

Tout postulant à un emploi d'agent de la Sûreté provinciale de Québec, doit prouver, et cela n'est que normal, qu'il est apte physiquement et mentalement à remplir ce poste.

Ce qui surprend, c'est de constater que le ministère de la Justice, via la Sûreté provinciale du Québec, pratique envers certains groupes de professionnels de la santé, la même discrimination que le ministère de la Santé.

Ainsi, en date du 5 juin 1968, M. J.L. Gendron, inspecteur, officier du personnel et du recrutement, écrit à un postulant : « . . . Je note que vous semblez souffrir d'une *certaine faiblesse de la vision.* » « . . . Afin d'être en mesure de prendre une décision dans votre cas, il serait nécessaire que vous nous fassiez parvenir un *rapport médical d'un oculiste,* démontrant votre acuité visuelle pour chaque oeil, et ceci sans verres . . . »

Cette lettre se passe de commentaires ! . . .

3° – MINISTÈRE DU TRAVAIL

La situation devient encore plus grave lorsqu'il s'agit d'accidentés du travail, qui se voient refuser le remboursement de dépenses légitimes parce qu'ils n'ont pas été traités par des médecins reconnus par le Collège des médecins.

M. Gérard Morin, agent de la réclamation à la Commission des accidents du travail de Québec écrivait à un réclamant, le 6 septembre 1968, ce qui suit : « ... Veuillez trouver ci-inclus le compte que nous adressait le Dr X (...), pour les traitements qu'il vous a prodigués à la suite d'un accident que vous subissiez le 16 octobre 1967.

« ... Malheureusement, nous ne pouvons disposer de ces comptes, car ce médecin (sic) étant un optométriste, la Commission ne reconnaît pas les soins prodigués par un tel spécialiste, et dans les circonstances, nous ne pouvons approuver votre réclamation.

« Si vous aviez été traité par un médecin spécialisé ophtalmologiste, ou un médecin spécialement reconnu par le Collège des médecins de la province de Québec, nous aurions pu alors étudier votre réclamation comme il se devait... »

Bien mieux, si vous voulez être remboursé par la Commission des accidents du travail, adressez-vous aux « officines » qu'elle vous recommande ouvertement.

Autrement dit, la Commission des accidents du travail n'hésite pas à recommander, en négligeant le libre choix du patient, des opticiens d'ordonnance pour l'ajustement de verres correcteurs.

Dans une lettre datée du 12 avril 1968, M. Lucien Marcoux, assistant-chef de l'aide médicale à la Commission des accidents du travail, n'hésite pas à recommander à un réclamant ce qui suit : « ... Pour faire suite à votre lettre du 1er avril courant, vous êtes par la présente autorisé à vous présenter chez un spécialiste de votre choix, afin de vous faire examiner la vue et vous rendre ensuite à la Maison Emile Saint-Jean, 400 est, rue Sherbrooke, Montréal, afin de vous faire ajuster une paire de verres correcteurs aux frais de la Commission.

« ... Copie de cette lettre est adressée à la Maison Emile Saint-Jean pour leur information. »

Il faut préciser que cette politique de la Commission des accidents du travail en vue de favoriser un seul groupe de professionnels de la santé, les médecins, est mise en applica-

tion même dans les cas qui ne concernent pas les problèmes d'ordre visuel.

Quant à la pratique de recommander en particulier un professionnel de la santé, (médecin, ophtalmologiste, opticien d'ordonnances, physiothérapeute, etc...), pour que l'accidenté ait droit au remboursement de ses dépenses, toute aberrante qu'elle soit, elle ne fait que confirmer cette discrimination institutionnalisée par cet organisme.

Le psychiatre aussi subit la même discrimination de la part de la Commission des accidents du travail ; dans un document daté de mars 1966, le Dr Jean-Marc Bordeleau, alors secrétaire de l'Association des psychiatres du Québec, étudiant, à la demande de la Fédération des Métallurgistes-Unis d'Amérique, la question de l'assistance psychiatrique aux accidentés du travail, faisait ressortir que : « ... Il est surprenant de constater que plusieurs psychiatres croient que les cas relevant de la Commission des accidents du travail ne sont pas admissibles pour traitements psychiatriques. Très peu de psychiatres ont eu à traiter ces cas et lorsqu'ils l'ont fait, ils étaient unanimes à déplorer : 1) la longue période entre l'accident et la demande de consultation psychiatrique ; 2) la difficulté à faire accepter leurs recommandations pour la poursuite du traitement ; 3) les honoraires dérisoires qui leur sont offerts...

« ... On nous a laissé entendre, continue-t-il, que la Commission des accidents du travail craignait « d'ouvrir la porte à des abus » en reconnaissant la nécessité d'assistance psychiatrique ». En conséquence, il recommandait ce qui suit : « ... La Commission des accidents du travail ne devrait pas *favoriser*[1] un type particulier de traitement (v.g. électrochoc de préférence à la psychothérapie) et laisser aux psychiatres le choix du traitement le plus approprié. [4]

4° – MINISTÈRE DES TRANSPORTS ET COMMUNICATIONS

A force de répéter des cas de discrimination, la lassitude s'installe. Et pourtant, si système il y a, il est nécessaire d'en

démonter le mécanisme, ne serait-ce que pour en comprendre la mécanique interne.

Ainsi, nul ne peut obtenir un permis de conduire s'il n'a auparavant subi un examen oculaire, et cette mesure est tout à fait raisonnable.

Mais là où l'affaire se corse, c'est lorsque des responsables du Bureau des véhicules automobiles, refusent les conclusions d'un tel examen, s'il n'a pas été accompli par un ophtalmologiste.

Ainsi, en date du 19 septembre 1968, Mme Ginette Verreault, de la Division des permis de conduire, écrit ce qui suit à un automobiliste qui veut obtenir le renouvellement de son permis : « . . . Nous accusons réception de votre récente lettre ainsi que de votre certificat médical du Dr . . . X (C'est un optométriste).
« . . . Cependant, après étude de votre dossier, le directeur du Bureau des véhicules automobiles me charge de vous transmettre les documents ci-joints, en vue de vous soumettre à un examen chez un ophtalmologiste . . . »

Et en post-scriptum, la signataire de cette lettre ajoute cette recommandation délicieuse « . . . P.S. Prière de nous retourner la copie ci-jointe de notre lettre avec votre réponse . . . »

Comme l'automobiliste s'étonne d'une telle exigence, puisque, dit-il, l'année précédente, il a passé un examen devant le même optométriste, examen qui fut accepté par les autorités du Bureau des véhicules automobiles, en date du 9 octobre 1968, Mme Ginette Verreault lui réplique : « . . . En réponse à la vôtre du 21 septembre 1967, veuillez prendre note que nous vous demandions et ce, le 19 septembre dernier, de vous soumettre à un examen chez un ophtalmologiste . . . »

5° – SERVICE DE SANTÉ DE LA VILLE DE MONTRÉAL

Cette pratique de la discrimination en faveur des ophtalmologistes était si bien appliquée par certaines infirmières visiteuses du service de la santé de la ville de Montréal, que le

Collège des optométristes dut porter plainte auprès du directeur de ce service, le Dr Roland Lamquin, lequel, en date du 27 mars 1968, fut obligé d'envoyer aux médecins et infirmières de son service, les instructions précises suivantes : « ... Lorsqu'un élève est trouvé à l'école porteur d'un défaut visuel, l'infirmière ou le médecin doivent simplement indiquer, sans ajouter aucun texte, par une flèche ou encercler au stylo, l'alinéa intitulé « Yeux-Eyes » sur l'avis rose remis à l'écolier. De cette façon, les parents pourront diriger leur enfant, selon leur choix, soit à un optométriste, soit à un ophtalmologiste. »

6° – LES COMPAGNIES D'ASSURANCES

Puisque l'administration publique agit de façon discriminatoire envers certains groupes de professionnels de la santé, pourquoi l'entreprise privée, elle, agirait-elle autrement ?

Aussi, ne faut-il pas se surprendre de constater que les compagnies d'assurances, entre autres, pratiquent cette même politique.

Ainsi, en date du 13 septembre 1968, le service de réclamations de la compagnie Mutual Life du Canada informait un de ses assurés qu'il ne pouvait faire droit à sa réclamation, parce que : « ... aux termes du contrat, l'examen des défectuosités visuelles, (réfraction), n'est remboursable que s'il est accompli par un médecin. Puisque votre examen oculaire du 5 août 1968 a été accompli par un optométriste, il nous est impossible de faire droit à votre réclamation qui s'élève à $10.00. »

Même attitude de la part de la compagnie d'assurance-vie John Hancock. Le 6 mai 1968, le responsable du service des réclamations avise un de ses réclamants que « ... l'examen des yeux accompli par un optométriste n'est pas couvert par votre police d'assurance. L'ophtalmologiste seul est accepté pour ce genre d'examen. »

Il n'y a pas encore longtemps, (mai 1968), la compagnie d'assurance du Club automobile de Québec obligeait ses assurés de 75 ans à un examen visuel chez un ophtalmologiste.

A la suite des représentations soumises par le Collège des optométristes, cette compagnie, après étude, « ... a réalisé qu'elle avait un nombre très limité de clients dont l'âge atteignait 75 ans et plus, et a jugé à propos de discontinuer sa pratique d'exiger un examen médical. »

En règle générale, on peut affirmer, sans se tromper, que toutes, ou presque toutes les compagnies d'assurances refusent le remboursement des frais dentaires, sauf si une opération chirurgicale est exigée, et à plus forte raison, le remboursement d'examens de la vue, à moins qu'ils ne soient accomplis par des ophtalmologistes.

Au terme de cette partie, il peut sembler au lecteur que, somme toute, cette pratique discriminatoire n'est qu'un épisode de la lutte que mènent les professionnels de la santé et les médecins spécialistes afin de savoir qui gagnera le plus gros coquetier.

Sans rejeter entièrement cette possibilité, il faut quand même se rendre compte des conséquences graves d'une telle politique.

Ainsi, parce que le ministère de l'Education a décidé de rayer d'un trait de plume, pour l'année scolaire 1968-1969, les subventions qu'il accordait aux commissions scolaires qui avaient mis sur pied des cliniques de dépistage et de prévention, ces élèves seront privés, dès cette année, des services compétents d'optométristes dont le labeur consiste à prévenir toute défectuosité visuelle.

Parce que les unités sanitaires décident, malgré une directive très précise du ministère de la Santé, de faire envoyer systématiquement les enfants qui souffrent de troubles visuels organiques à des ophtalmologistes, au lieu de laisser le soin aux parents de choisir entre l'optométriste et l'ophtalmologiste, ces mêmes enfants, à cause de la pénurie, surtout en milieu rural, d'ophtalmologistes, sont obligés d'attendre de longs mois avant de pouvoir être examinés par ce genre de spécialistes. Moralité : leur cas risque, avec le temps, de s'aggraver.

Parce que le ministère de la Famille et du bien-être social ne reconnaît, pour ses assistés, que les soins fournis par un médecin ou, dans le cas des yeux, par un ophtalmologiste, nombreux sont-ils ceux qui, pour se faire rembourser les soins fournis par un optométriste, sont obligés soit de s'humilier et de falsifier une deuxième demande d'allocation spéciale, soit de parcourir à leur frais, jusqu'à une centaine de milles pour trouver, en ville, l'ophtalmologiste reconnu par ce ministère.

Parce que la Commission des accidents du travail ne reconnaît qu'une catégorie de professionnels de la santé : le médecin, l'accidenté perd tout droit à un remboursement pourtant juste de ses dépenses s'il se fait soigner par un autre professionnel de la santé, pourtant compétent en sa matière.

Parce que les compagnies d'assurances ont passé des ententes avec les médecins, leurs assurés perdent tout bénéfice à un remboursement de leurs dépenses justifiées, s'ils consultent d'autres professionnels de la santé.

En définitive, ce qu'il y a d'injuste dans ce système, c'est qu'il fait porter par le contribuable tout le fardeau de cette politique discriminatoire.

Et si cette politique est, encore de nos jours, non seulement appliquée mais même favorisée, c'est que nos commissions d'enquête comme la Commission Hall et la Commission Castonguay, se sont laissées purement et simplement circonvenir par la gent médicale, au point d'adopter tous leurs préjugés et toutes leurs recommandations.

---

(1) Le souligné est de nous.

(2) Loi des optométristes et des opticiens, 1 Geor. VI, C. 122, a. 17; 10 Eliz. II. C. 90 (1961), a. 1.

(3) Loi de l'Instruction Publique, ch. 235, S.R.Q. 1964, in « Recueil des lois de l'Education », page 99, édition 1967.

(4) « Considérations sur l'accident au travail : cause de traumatisme psychique, » mars 1966, pages 19-20, mémoire présenté par le Syndicat international des Métallurgistes-Unis d'Amérique, à M. Maurice Bellemare, ministre du Travail et aux commissaires de la Commission des accidents du travail.

HUITIÈME CHAPITRE

Les commissions d'enquête confirment la discrimination envers des professionnels de la Santé

«...Le gouvernement du Québec devrait immédiatement conclure avec le Collège des médecins de la province de Québec et les autres corps professionnels des ententes en vue de procurer aux indigents les soins médicaux que leur état requiert. Le financement d'un tel projet pourrait s'effectuer en collaboration avec des organismes s'occupant d'assurance-maladie...»[1]

Ou encore : «...Le gouvernement du Québec devrait favoriser le développement de soins préventifs et curatifs à domicile, assurés par des spécialistes de diverses disciplines médicales et para-médicales...»[2]

Cette double recommandation, apparemment contradictoire avec le titre de ce chapitre, rejoint les préoccupations de tous les professionnels de la santé, para ou péri-médicaux.

Il s'agit en fait, des recommandations 65 et 66 tirées du rapport du Comité d'études sur l'assistance publique, ou Comité Boucher.

Il est vrai que ce Comité n'a, apparemment, jamais reçu de mémoire, soit du Collège des médecins, soit de l'Association des ophtalmologistes, ce qui, peut-être, lui a permis d'étudier en toute objectivité tout ce problème des soins médicaux et para-médicaux à être fournis aux assistés sociaux.

Cette attitude positive, favorable à une utilisation rationnelle des professionnels de la santé, à quelque spécialité qu'ils appartiennent, diffère nettement de celle adoptée tant par les membres de la Commission Hall que par ceux de la Commission Castonguay.

Deux commissions royales d'enquête ont été nommées pour étudier le phénomène des services de santé ainsi que la possibilité d'introduire l'assurance-santé tant au niveau fédéral qu'au niveau québécois.

Il s'agit de la Commission royale d'enquête sur les services de santé, ou Commission Hall, créée en 1961 par le gouvernement Diefenbaker, et de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, ou Commission Castonguay, créée le 9 novembre 1966, avec mandat du gouvernement Johnson d'étudier, entre autres, la mise en place, au niveau québécois, d'un système d'assurance-santé.

Comme il entrait, en outre, dans le mandat de ces deux commissions, l'étude de l'acte médical, l'évolution de l'activité médicale et para-médicale, la structure et le rôle des divers organismes ou associations s'occupant de la santé et du bien-être social, les effectifs médicaux et para-médicaux ainsi que l'équipement, etc..., il va de soi que toutes les grandes corporations groupant des professionnels de la santé, ont tenu à présenter, sous forme de mémoires et explications fournies au cours des audiences publiques, leur opinion et leurs recommandations sur ces sujets.

• • •

Lorsqu'on étudie les rapports de ces deux commissions dans leur partie traitant de la vision, du rôle respectif des ophtalmologistes, des optométristes et des opticiens d'ordon-

nances, ainsi que de la place que chacun de ces trois corps de professionnels de la santé doit tenir dans un système d'assurance-santé, il est remarquable de constater que la Commission Hall, tout comme la Commission Castonguay d'ailleurs, a adopté et fait sienne la totalité des affirmations et des recommandations dictées par les ophtalmologistes.

On assiste là à un curieux cas de « myopie » avancée, confinant presque à la cécité !

Quoi qu'il en soit, dans les faits, les membres de ces deux commissions consacrent non seulement l'exclusivité du contrôle de la santé à la gent médicale, mais, en outre, officialisent le bagage de préjugés professionnels que colportent trop de médecins envers tout professionnel de la santé non membre de la « confrérie ».

Résumons rapidement la pensée et les recommandations d'un groupe de médecins spécialisés : les ophtalmologistes, envers une profession qu'ils méprisent et qu'ils veulent contrôler : l'optométrie.

Pour l'ophtalmologiste, l'optométriste n'est bon qu'à évaluer des défectuosités visuelles simples comme la myopie, la presbytie, l'hypermétropie, l'astigmatisme et l'asthénopie.

Que cet optométriste puisse faire la relation entre la cause et l'effet d'une de ces défectuosités visuelles, qu'il puisse y remédier autrement que par l'ordonnance de verres correcteurs, qu'il puisse dépister et prévenir, par des mesures appropriées, ces défectuosités, qu'il puisse même être de bon conseil pour les parents, les responsables scolaires, industriels et gouvernementaux, cela ne rentre pas dans les « canons » de la vision que se sont fixés les ophtalmologistes en ce qui a trait au potentiel et à la compétence des optométristes.

Dans cette optique, il va de soi que l'optométriste, parce qu'il n'est pas médecin, ne peut détecter tout cas pathologique oculaire, c'est-à-dire toute maladie visuelle, et que de ce fait, il est un danger public.

Il va toujours de soi que ce même optométriste, qui pourtant a découvert et mis au point la technique de la lentille

cornéenne, sans oublier d'autres techniques et instruments de détection des défectuosités visuelles, est inapte aussi bien à la recommander qu'à la poser, alors que l'opticien d'ordonnances, c'est-à-dire le technicien qui fabrique sur prescription les verres correcteurs, est apte, sous contrôle de l'ophtalmologiste, à accomplir ce travail.

Il est vrai que cette technique, sans cesse améliorée par les optométristes depuis 20 ans, est maintenant pratiquée par au moins 202 optométristes sur les 240 qui ont répondu au questionnaire du Collège des optométristes.[3]

Il est vrai aussi que le président de l'Association des ophtalmologistes reconnaissait, en 1963, que, non seulement il existait un système de ristourne entre les ophtalmologistes et opticiens d'ordonnances, mais que de plus son association voulait avoir le contrôle des lentilles cornéennes.

Cette étonnante admission, faite devant le Comité des bills, a fait s'exclamer M. René Lévesque, alors ministre des Richesses naturelles : « . . . En somme, a-t-il dit, vous voulez que votre science soit une chasse gardée . . . »

Que vaut la rééducation visuelle, pratiquée par au moins 88 optométristes sur 238 qui ont répondu au questionnaire du Collège des optométristes[4] (il est à noter qu'on compte actuellement 453 optométristes dans la province), puisque ses résultats n'ont pas été étudiés et que son efficacité n'a pas été contrôlée, (lorsque le travail est accompli par les optométristes), par ces spécialistes que sont les ophtalmologistes ?

Bref, si l'ophtalmologiste, selon ses dires, a bénéficié depuis une cinquantaine d'années des découvertes en matières de détection, prévention, diagnostic et pathologie oculaire, l'optométriste, lui, s'est contenté, toujours selon les dires de l'ophtalmologiste, de rester « le vendeur de lunettes » qu'il était dans le passé.

Conséquence d'une telle déformation visuelle : à l'ophtalmologiste, le bénéfice matériel et financier des découvertes, à l'optométriste, l'apanage de l'ignorance et la médiocrité du clerc.

Quant aux études accomplies par chacun de ces deux corps, là encore l'ophtalmologiste insiste lourdement sur ce qui les différencie, en montant en épingle l'écart des connaissances acquises par l'une et l'autre profession, alors qu'il s'agit de deux spécialités bien précises, parallèles peut-être, complémentaires sûrement.

Si l'ophtalmologiste se targue de ses onze années d'études spécialisées en pathologie oculaire, il n'insiste guère, par contre, sur le nombre de médecins omnipraticiens ou d'oto-rhino-laryngologistes, qui pratiquent aussi bien l'ophtalmologie, même partielle, que l'optométrie tout court. N'est-ce pas le cas des médecins-hygiénistes, (qui ne possèdent aucune spécialisation en matière visuelle), dans les unités sanitaires ?

Mais ce même ophtalmologiste, après avoir tout tenté, par l'entremise de son association, pour empêcher l'Ecole d'Optométrie d'être intégrée à l'Université de Montréal, n'a aucun scrupule à décrier les cours qu'y reçoit tout aspirant-optométriste, comme si le diplôme décerné par cette université en était un provenant d'une école élémentaire.

• • •

Une telle série d'affirmations, dont l'exagération saute aux yeux d'un simple profane, de tels préjugés envers une profession aussi importante pour la santé visuelle de la population que l'est, au même titre, celle de l'ophtalmologie, ne peuvent avoir été acceptés par les membres de la Commission Hall, et encore moins par ceux de la Commission Castonguay.

C'est du moins l'opinion que toute personne sensée doit avoir devant une telle démonstration de « hargne professionnelle » de la part des ophtalmologistes.

Et bien non ! ... Tous les clichés éculés assénés par ce groupe de médecins spécialisés, qui se pensent en « possession tranquille de la vérité », se retrouvent intégralement dans les rapports de ces deux commissions.

Au terme d'une étude aussi spécieuse que condensée des trois stades de l'évolution de l'optique : 1 – découverte des vices de réfraction et correction au moyen de lunettes ; 2 – amélioration de la technique de réfraction et exacte prescription des verres correcteurs ; 3 – « évolution technique caractérisée par le diagnostic d'un état pathologique et autres anomalies qui peuvent se rattacher à un vice de réfraction » ; la Commission Hall s'inquiète de l'écart scientifique qui tend à exister entre le deuxième stade, (celui de l'optométrie) et le troisième (celui de l'ophtalmologie)[5] comme si les premiers n'avaient aidé la population et les ophtalmologistes par leurs découvertes, leurs recherches continues et approfondies en ce domaine, ainsi que par les travaux de dépistage, de prévention et de rééducation visuelle qu'ils ont mis au point.

Autre cliché repris par la Commission Hall : les optométristes ne sont pas des médecins, en conséquence, parce qu'ils reçoivent des cours inadéquats, ils sont incapables de déceler un état pathologique visuel.[6]

Par ailleurs, il est curieux de constater que la Commission Castonguay, dans son rapport, et plus particulièrement dans son analyse du « rôle de l'ophtalmologiste et de l'opticien d'ordonnances », reprend mot à mot les définitions qu'en donnent les ophtalmologistes dans leur mémoire déjà cité.[7]

Puis, pour prouver le sérieux de son rapport, elle cite intégralement, en annexe,[8] une affirmation de la Commission Hall, à l'effet que les optométristes non seulement ne sont pas aptes à déceler les cas pathologiques visuels, mais en outre, faute d'être compétents en la matière, ne réfèrent pas à temps ces cas aux ophtalmologistes. Or, cette affirmation faite par les ophtalmologistes eux-mêmes, est contestable.

Par ailleurs, il est inutile pour la Commission Castonguay de s'attarder sur la technique de la rééducation visuelle puisque : « . . . la rareté des études scientifiques sur cette question, due au développement récent de ces techniques, n'a pas permis à la Commission, à ce stade des travaux, de se prononcer sur leur valeur réelle, les conditions dans lesquelles la réédu-

cation visuelle devrait s'effectuer de même que les modalités de leur couverture éventuelle par le régime d'assurance-maladi. »[9]

Pourquoi la Commission n'a-t-elle pas demandé à entendre des optométristes, dont la rigueur scientifique est reconnue de plusieurs sommités canadiennes et américaines, qui, depuis quinze ans, pratiquent la rééducation visuelle et étudient systématiquement ses effets tant sur des enfants que sur des adultes ? Pourquoi cette même commission n'a-t-elle pas daigné entendre des optométristes qui, systématiquement, font des recherches en ce domaine et ce, depuis plusieurs années ? Pourquoi, si elle n'a pas confiance dans les optométristes québécois qui se sont spécialisés en ce domaine, n'a-t-elle pas tenté de se renseigner soit auprès de l'armée canadienne, soit auprès de l'armée américaine où de tels programmes de rééducation visuelle sont en usage, au moins pour l'armée américaine, depuis la seconde guerre mondiale ?

Il est vrai que la rééducation visuelle est pratiquée par les optométristes, et que de ce fait, sa valeur scientifique n'est pas reconnue par les ophtalmologistes.

Quoiqu'il en soit, il fallait un sceau officiel aux tissus de préjugés que colportent les ophtalmologistes contre leurs confrères optométristes, ce sceau, ces médecins spécialistes l'ont obtenu grâce à des commissions d'enquête comme les Commissions Hall et Castonguay.

Ayant statué sans appel, sur la compétence des optométristes, on peut s'attendre à ce que les recommandations des ophtalmologistes soient en conséquence des jugements portés.

Puisque l'ophtalmologiste de « ... par ses intérêts, ses bases scientifiques et ses qualifications, (est) le plus complet ... » des spécialistes oculaires, il va de soi qu'il : « ... n'est que logique et approprié que l'Association des ophtalmologistes du Québec conseille la Commission quant au rôle que les optométristes et les opticiens d'ordonnances devraient jouer pour le bien-être de la population ... »[10]

D'ailleurs, n'est-ce pas : « ... uniquement dans ce but, (aider la population à ne pas souffrir d'abus d'aucune sorte),

que l'Association des ophtalmologistes du Québec soumet les considérations qui suivent et fait les recommandations qui en découlent . . . »[11]

Les considérations, on les connaît déjà, puisqu'elles ont été rapportées ci-haut, quant aux recommandations, elles vont du général au particulier avec, comme unique optique, la prise en charge de l'optométrie.

A – Recommandations d'ordre général :

L'optométrie, à condition d'accepter les modifications importantes suggérées par les ophtalmologistes concernant son statut de professionnel, (il en est question dans les recommandations d'ordre particulier), et la charte qui crée et donne vie juridique à sa corporation, devra se limiter au dépistage et à la correction des défectuosités visuelles simples comme la myopie, la presbytie, l'asthénopie, etc . . . ; moyennant quoi, il pourra, quand on voudra bien le lui envoyer, diagnostiquer tout patient : écolier ou automobiliste, après examen par les autorités sanitaires scolaires ou médicales attachées aux centres de détection dépendant du ministère du Transport et des Communications et de la Santé.

Il devra, dans un système de rémunération des honoraires prévu dans un plan d'assurance-santé, être considéré à part de la gent médicale ou des professionnels de la santé oeuvrant sous contrôle médical ;

– Il ne pourra dépister les troubles visuels des écoliers, ce privilège étant dévolu aux médecins hygiénistes assistés des infirmières-hygiénistes ;

– Il n'aura pas le droit d'être membre à part entière des centres d'évaluation médicale que recommandent les ophtalmologistes pour la prévention de la sécurité routière ;

B – Recommandations d'ordre particulier :
Enoncé de principe :

« . . . Afin que l'Optométrie puisse être pratiquée sans danger pour la population, l'Association des ophtalmolo-

gistes du Québec propose que la règlementation suivante soit imposée par force de loi à la pratique de l'optométrie... »[12]

Suivent les recommandations :

– Interdiction aux optométristes de porter le titre de docteur sous quelque forme que ce soit ;

– Avertissement doit être donné au patient qui consulte un optométriste que son examen n'a aucun caractère médical et que de ce fait, il ne constitue pas une garantie d'absence de maladie oculaire ou générale ;

– Obligation pour l'optométriste de diriger chez un ophtalmologiste tout patient dont la vision corrigée par des verres correcteurs n'atteint pas une certaine acuité ;

– Même obligation pour diverses catégories d'enfants ;

– Même obligation pour les cas de strabisme, (à nous la rééducation visuelle tant décriée lorsque pratiquée par les optométristes) ;

– Même obligation dans divers cas de défectuosités visuelles, (cinq en tout) ;

– Enfin aucune lentille cornéenne, (verre de contact), ne pourra être ajustée sans que le client ait été examiné par un ophtalmologiste et que celui-ci ait permis cet ajustement.

Le tout s'assortit d'une clause « coërcitive » : Toute infraction à ces règlements sera considérée comme pratique illégale de la Médecine et sujette aux conséquences prévues par la loi...[13]

En somme, par règlementation restrictive, qui nie purement et simplement le statut de professionnel de l'optométriste, ce que recherche la médecine spécialisée, pour ne pas dire la médecine tout court, c'est la vassalisation de ce corps de professionnels de la santé, tout comme des autres corps de professionnels de la santé qui ne dépendent pas de ce groupe.

• • •

En 1963, M. Jean Lesage, alors premier ministre, avait si bien compris cette intention manifeste des ophtalmologistes, qu'il avait déclaré, en plein Comité des Bills : « ... le gouvernement ne permettra pas à l'Association des ophtalmologistes d'exercer un monopole dans le domaine des services visuels. »

Ce monopole des services visuels que le gouvernement Lesage refusait aux ophtalmologistes, les Commissions Hall et Castonguay, en adoptant intégralement et en faisant leurs, les recommandations de ce groupe de médecins spécialistes, elles, l'acceptent.

A tout seigneur, tout honneur ! ... La commission Hall, obnubilée par les affirmations péremptoires des ophtalmologistes, recommande ce qui suit :

« ... 83 Que le régime de services de santé s'étende aux soins oculaires, (mais non aux lunettes), pour tous les assurés ;

« ... 84 Que les services de diagnostic continuent d'être dispensés par des médecins dûment habilités ;

« ... 85 : Que des examens de réfraction soient pratiqués par des ophtalmologistes, les autres médecins qualifiés, les optométristes diplômés en 1968 ou plus tard, ainsi que par les optométristes qui, avant 1967, auront fréquenté les cours supplémentaires recommandés d'anatomie, de physiologie, de pathologie et d'emploi de cycloplégiques ; »[14]

En deux recommandations, la Commission Hall accorde le monopole des services visuels aux ophtalmologistes et consacre une de leurs assertions : l'incompétence des optométristes due à la faiblesse des cours universitaires qu'il suivent.

Pour sa part, la Commission Castonguay, après avoir affirmé qu'elle : « ... traitera, dans un rapport ultérieur, des aspects propres aux programmes de dépistage des affections et des déficiences oculaires dans le cadre plus large des mesures d'hygiène et de prévention. Il en sera de même des questions relatives à la formation, aux affectifs, à l'organisation de la distribution des soins et des services oculaires et à la recherche ... »[15] après avoir reconnu que : « ... l'importance des soins dispensés par les optométristes leur confère une certaine priorité dans l'extension de la couverture du régime

(d'assurance-santé)... »[16] n'hésite pas à se contredire en recommandant, pour « la protection de la population », exactement ce que recommandent les ophtalmologistes dans leur mémoire, c'est-à-dire :

– la réfraction et l'ordonnance seuls seront couverts par l'assurance ;

– L'élaboration par le ministère de la Santé, en collaboration avec le Collège des Médecins et des Chirurgiens et celui des Optométristes, de normes relatives à l'orientation obligatoire des cas pathologiques vers le médecin, normes qui, par hasard, tout comme le suggèrent les ophtalmologistes, devront être inscrites dans la loi des optométristes ;

– la prescription des verres de contact accomplie uniquement par les ophtalmologistes ;

– Enfin, l'ajustement de ces lentilles cornéennes à être effectué par des personnes dont la compétence aura dûment été reconnue par un comité formé de membres du Collège des Médecins, en collaboration, (mais seulement en collaboration), avec le Collège des Optométristes et celui des Opticiens d'ordonnances.

Il est quand même étonnant de constater que ces deux commissions reconnaissent la gravité de la situation en matière de défectuosités visuelles, admettent, peut-être du bout des lèvres, le travail accompli par les optométristes en ce domaine, mais se refusent à leur accorder toute importance quand vient le moment des recommandations.

En somme, dans ce cas précis, ce que les ophtalmologistes proposent, les Commissions Hall et Castonguay recommandent.

Il est vrai qu'on note, parmi les sept membres de la Commission Hall, quatre médecins et une infirmière licenciée, alors que sur les huit membres de la Commission Castonguay, et sur les douze conseillers de cette même commission, il y a respectivement au moins deux médecins et un président d'association hospitalière, ainsi que quatre médecins chez les conseillers, mais par contre, aucun optométriste sur ces deux

commissions, pas plus que de dentiste, de pharmacien, de chiropraticien, de psychologue, de diététiste, de chimiste, de vétérinaire et aussi pourquoi pas, puisque la santé est un tout, de conseiller en orientation.

L'unanimité vint, un jour, de l'uniformité !

---

(1) Rapport du comité d'étude sur l'assistance publique, page 227, édition juin 1963.

(2) Idem.

(3) Statistiques publiées en date du 22 avril 1968 dans le bulletin des Optométristes.

(4) Idem.

(5) Rapport de la Commission royale d'enquête sur les services de santé (Hall), vol. 1, page 46, édition 1964.

(6) Idem, page 47.

(7) Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, (Castonguay) vol. 1 : L'assurance-maladie, page 69, édition 1967.

(8) Idem, page 293-294.

(9) Idem, page 295.

(10) Mémoire, non daté, présenté par l'Association des ophtalmologistes du Québec à la commission Castonguay, proposition 21, page 13.

(11) Idem, proposition 22, page 13.

(12) Idem, proposition 32, page 15.

(13) Idem, toute cette série de proposition part de la proposition 33, page 15, pour se terminer à la page 17, par la proposition 46.

(14) Rapport Hall, déjà cité, vol. 1, 1964, page 50.

(15) Rapport Castonguay déjà cité, page 70.

(16) Idem, page 70.

(17) Idem, toute cette série de recommandations se retrouve aux pages 70-71 sous forme d'analyse et se termine par la recommandation I. 19, page 77.

NEUVIÈME CHAPITRE

Les Services de Santé : fief exclusif des médecins

Entourés d'une aura de crainte et de respect, les médecins, de tout temps, on su s'organiser pour créer des « lobbies » favorables à leurs intérêts, ceci au nom de la compétence qu'ils s'adjugent pour remédier aux maux et déficiences des patients.

Ce n'est pas d'aujourd'hui que les médecins regardent avec suspicion qui n'est pas membre à part entière de leur confrérie. Parmi tant d'autres, Pasteur, Freud, pour ne citer que des cas célèbres, ont subi les foudres et le sarcasme de la gent médicale. Nous allions oublier Pierre Curie, simple physicien et chimiste de son état.

Et que dire, en ce siècle de spécialisation, de l'ignorance dans laquelle sont relégués, par les médecins, les chimistes, biologistes, psychologues, pharmaciens, chiropraticiens, optométristes et autres professionnels de la santé comme si la santé du patient relevait du fief exclusif de la médecine ?

Ce refus de reconnaître sur un pied d'égalité tout professionnel de la santé qui ne fait pas partie de la « confrérie », ce mépris hautain, ce désir de les contrôler totalement, s'expriment admirablement dans des textes comme :
« . . . Le Collège, (des médecins) demande d'exercer un droit de regard dans la formation du personnel paramédical destiné

à jouer un rôle dans l'équipe de la santé... »[1] ou encore dans ce texte qu'il faut citer tout au long :

« ... A cet égard, il importe de ne pas confondre paramédical, et extramédical ou antimédical. Le terme paramédical s'applique à toutes les disciplines qui oeuvres en étroite collaboration avec la médecine et qui adoptent la ligne de pensée scientifique. Il convient de rejeter celles qui s'en détachent sur des questions fondamentales et qui n'adhèrent pas aux risques de la méthode scientifique. *Tout en convenant qu'elles existent, le Collège considère que leur inclusion dans les groupes de formation paramédicale est un non-sens qui risque de rompre l'harmonie et l'équilibre qui doivent régner au sein de cette équipe* ... »[2] [3]

Ce désir de contrôler, qui n'appartient pas au corps privilégié de la médecine, et surtout de la médecine spécialisée, est encore mieux démontré par les prises de position officielles d'un groupe de médecins spécialistes, les ophtalmologistes.

Tout au long du mémoire qu'ils ont présenté à la Commission Castonguay, ils anathémisent d'un coeur ferme et hardi les optométristes.

Ainsi, cela va du mépris le plus pur : « ... L'optométriste n'est pas médecin ... »[4], « ... le doctorat qu'utilisent la plupart des optométristes dans la province de Québec n'a aucune valeur ayant été acheté purement et simplement d'un organisme sans statut officiel ... »[5], au désir le plus manifeste de contrôler cette branche particulière de la vision : l'optométrie ».

Dès la page 6 de leur mémoire, les ophtalmologistes exigent du ministère de la Santé l'obligation de former un comité, dans lequel entreraient médecins et ophtalmologistes, et qui aurait comme but : « ... d'évaluer la compétence et de permettre à ceux qui, parmi les optométristes, les opticiens et les techniciens démontreraient cette compétence, d'ajuster et de vendre des verres de contact sur prescription et responsabilité d'un ophtalmologiste ... »

Et tout le mémoire est de la même veine. En somme, si pour les ophtalmologistes, les opticiens d'ordonnances, (c'est-à-dire ceux qui fabriquent sur prescription de l'ophtalmologiste des verres et les vendent), sont des techniciens de haute compétence, — il est vrai que l'un des buts de l'Association des ophtalmologistes est justement de : «... (discuter) de problèmes communs et de relations avec la Corporation des opticiens d'ordonnances de la province de Québec... »[6] — les optométristes, parce qu'ils entrent en concurrence directe avec les ophtalmologistes, doivent être considérés comme quantité négligeable, sinon comme un danger public.

Les ophtalmologistes n'affirment-ils pas, à la page 18 de leur mémoire : «... Si les autorités gouvernementales jugent à propos de payer pour les lunettes, les opticiens d'ordonnances comme les autres personnes qui pourraient être autorisés à fournir celles-ci devront le faire en suivant des standards établis de façon précise quant à la qualité des lentilles et des montures employées... », ou encore à la page 15 de ce mémoire : «... Afin que l'Optométrie puisse être pratiquée sans danger pour la population, l'Association des ophtalmologistes du Québec propose que la réglementation suivante soit imposée par force de loi à la pratique de l'Optométrie... », et suit alors une série de propositions, dont il a été question au précédent chapitre, et qui, à toute fin pratique, placent les optométristes sous la coupe réglée des ophtalmologistes, comme si ceux-ci, non seulement n'avaient accompli des études poussées, aptes à leur donner cette compétence bénéfique pour la population en matière de vision, mais de plus, n'arrivaient à se réglementer en vertu de règlements confirmés, tout comme pour les médecins, par le lieutenant-gouverneur en conseil.

Si cette lutte d'influence entre ophtalmologistes, autrement dit médecins spécialistes, et optométristes, ne se situait qu'au niveau des mémoires, le mal serait moindre.

Mais comme la médecine, surtout spécialisée, jouit d'une influence hors de toute proportion tant dans les milieux gouvernementaux que les milieux scolaires et hospitaliers,

comme de plus, cette même médecine veut s'adjuger pour elle seule tout ce qui concerne la détection au niveau scolaire, d'une mauvaise vision, tout organique qu'elle soit, ainsi que tout le champ de la prévention oculaire, comme, enfin, malgré leurs prétentions, les ophtalmologistes ne sont pas assez nombreux, 131 ophtalmologistes contre 453 optométristes, pour vaquer rationnellement dans tous les domaines qu'ils veulent exclusivement couvrir, la victime de cette bataille insensée n'est nul autre que l'enfant.

En effet, alors qu'il serait aisé de former, en accord et avec l'aide du ministère de la Santé et celui de l'Education, des cliniques de détection et de prévention, cliniques qui pourraient exister au niveau des grandes commissions scolaires locales ou à celui des régionales, et dans lesquelles oeuvreraient de concert, à part entière, chacun dans sa spécialité, médecins, ophtalmologistes, optométristes, pédagogues, psychologues etc..., rien de tel n'est organisé, parce que la médecine dévalue le droit de pratique des professionnels de la santé, autres qu'eux.

Ceci dit, il est étonnant de constater que la Commission Castonguay n'a pas su éviter l'écueil si habilement esquivé par son « alter ego » fédéral : la Commission Hall. En effet, par ses recommandations, la Commission Castonguay accorde le monopole de la santé à la gent médicale et pharmaceutique et ceci sous son double aspect financier et administratif.

Cette assertion se trouve confirmée par Mlle Francyne Beaudoin, anciennement recherchiste pour le compte de la Commission Castonguay, qui, dans un article rédigé dans la revue « Le médecin du Québec », volume 2, No 8, octobre 1967, sous le titre : « La couverture du régime d'assurance-maladie », à son tour, affirme :

« Qu'il s'agisse de la couverture des soins optométriques ou de la chirurgie buccale, la Commission oppose un refus catégorique dans le premier cas et des restrictions importantes dans le second cas.

« ... Il nous semble invraisemblable que des mesures sociales en viennent dans la pratique à brimer le droit d'exer-

cice d'un groupe qui a pourtant souscrit aux exigences d'une institution d'enseignement reconnue, et qui est régi par une loi. »

Pour sa part, M. Gilles Paquet, toujours dans le même numéro de cette revue, sous le titre « L'assurance-maladie et le rapport Castonguay », écrit ce qui suit : « La commission sacrifie allègrement l'universalité et oublie complètement ses objectifs de rationalisation en plus de construire des arithmétiques dont le moins qu'on puisse dire c'est qu'elles révèlent beaucoup d'ignorance et une certaine confusion. »

Et après avoir fait ressortir que tout n'était pas inutile dans le travail accompli par la Commission Castonguay, M. Gilles Paquet n'en portait pas moins ce jugement sévère : « Cependant, on doit lui tenir rigueur du fait qu'elle ait choisi de ne pas aller plus loin. Il aurait fallu commander nombre d'études sur les divers aspects de l'univers de la santé, études qui auraient apporté les éclaircissements nécessaires à la définition des modalités précises de l'assurance-maladie. Faute de ces travaux, la commission en quelque sorte démissionne. »

• • •

Cette « démission » n'empêche pas la commission de recommander que :

« . . . 1.35 : Un organisme à caractère représentatif soit créé, sous le nom de « commission de l'assurance-maladie du Québec », pour administrer le régime d'assurance-maladie et procéder à l'intégration administrative des divers régimes de soins curatifs . . . »(7)

Et pour faire bien sentir l'importance que la Commission Castonguay attache à cette « commission » de l'assurance-maladie du Québec, elle précise que : « . . . 1.42 : Cette

commission soit responsable de l'administration du régime unique d'assistance-maladie recommandé. »[8]

En attendant la création de cette commission permanente, la Commission Castonguay en propose une temporaire dont le rôle consistera à : « ... collaborer à la préparation de la législation et mettre en place les mécanismes essentiels à la gestion du régime d'assurance-maladie ... »[9]

Or, toujours selon la Commission Castonguay, la composition de ces commissions, (temporaire et permanente), devra comprendre sept membres dont deux recommandés respectivement par l'Association syndicale qui représente les omnipraticiens et celle qui représente les médecins spécialistes, (soit quatre au total pour représenter les médecins), un pour représenter les pharmaciens d'officine et ceux qui oeuvrent dans les hôpitaux, et deux pour représenter le public.[10]

En somme, la Commission Castonguay transporte du niveau privé au niveau public, ce monopole de la santé que les médecins possèdent déjà à l'intérieur de trop de compagnies d'assurances, et, à toute fin pratique, si ses recommandations sont acceptées par le gouvernement, elle crée au niveau provincial une super-compagnie d'assurance-santé qui sera entièrement contrôlée par la gent médicale.

La Commission Castonguay a beau prévoir la soumission de cette « commission de l'assurance-maladie du Québec » à « ... l'autorité du ministre de la Santé et (que) le ministère de la Santé continue à exercer ses prérogatives en matière de législation, de réglementation, de recherche et de planification ainsi que de financement et de négociation, »[11] il n'en reste pas moins vrai que cette commission, dont la majorité des membres sont des médecins, pourra avec les pouvoirs que lui concède la Commission Castonguay, faire la pluie et le beau temps en matière de santé.

On sait déjà comment les médecins qui oeuvrent dans des hôpitaux jettent facilement l'exclusive sur certains de leurs confrères, au point même que, de l'aveu de la Commission Castonguay, les hôpitaux sont devenus la chasse gardée des médecins spécialistes aux dépens des omnipraticiens.

A plus forte raison, ces mêmes médecins spécialistes se sentent-ils, actuellement, autorisés de refuser l'accès des hôpitaux à des professionnels de la santé comme les optométristes, les ostéopathes, les chiropraticiens, etc...

Seigneurs et maîtres de ce qu'ils considèrent comme leur fief exclusif : la santé, les médecins, dans le projet de loi qui les intéresse directement, n'ont aucune fausse pudeur à ainsi définir les limites du fief : « ... Constitue l'exercice de la médecine tout acte qui a pour objet de diagnostiquer, de prévenir, de traiter, de surveiller, toute déficience quelconque, réelle ou supposée, de la santé d'un être humain. »[12]

Une fois en possession légale de ce monopole de la santé, et là non plus au niveau des compagnies d'assurances et des hôpitaux, mais bien à celui de la province entière, leur puissance sera telle que le ministère de la Santé sera bien obligé de passer par leurs désirs, et à plus ou moins longue échéance, il n'existera que deux catégories de professionnels de la santé : les professionnels à part entière, c'est-à-dire les médecins, et les autres qui deviendront les commis des premiers.

Au fond, n'est-ce pas à cette finalité qu'en veut arriver la Commission Castonguay lorsque dans ses recommandations, elle propose la subordination de tous les corps de professionnels de la santé soit au Collège des médecins du Québec, soit à celui des pharmaciens.

• • •

Dans son exposé traitant de l'intégration et de la coordination des divers services de santé, ainsi que des multiples lois régissant les services de santé fournis à certaines catégories d'assistés, la Commission Castonguay insiste sur la nécessité

de la participation et de la collaboration de tous les professionnels à l'application de l'assurance-maladie.

« . . . Afin de tenir compte de la complexité inhérente de la relation thérapeutique et afin de s'adapter rapidement et sans heurt aux développements technologiques rapides qui se produisent dans le domaine de la santé ainsi qu'aux modifications profondes qui marquent la pratique professionnelle et les relations médecin-malade, le système administratif recommandé par le régime d'assurance-maladie doit permettre la participation des professionnels à son fonctionnement. »[13]

Dans cette ligne de pensée, elle ajoute : « . . . Une collaboration étroite entre des personnes rompues à la pratique professionnelle et des personnes au fait de l'administration est indispensable. »[14]

Enfin, estime-t-elle : « . . . Etant donné les avantages *d'une participation directe des professions de la santé*[2] à l'administration du régime d'assurance-maladie et puisqu'une telle participation ne peut se faire qu'à l'intérieur d'un organisme de gestion jouissant d'une certaine autonomie, la Commission Castonguay croit qu'un organisme à caractère représentatif, responsable envers le ministre de la Santé, devrait être formé pour administrer le régime d'assurance-maladie . . . »[15]

Malgré le désir apparent de la Commission Castonguay de voir tous les professionnels de la santé oeuvrer au sein de l'administration du régime d'assurance-maladie qu'elle suggère, il n'est pas difficile de déceler une nette contradiction entre son désir et ses recommandations, puisque, à toute fin pratique, celles-ci ne reconnaissent qu'une seule profession de la santé, la médecine, et lui subordonnent toutes les autres.

Cette contradiction est nettement flagrante dans la recommandation pour créer une « commission de l'assurance-maladie du Québec », dont quatre des sept membres sont des médecins, et sur laquelle on ne trouve aucun autre professionnel de la santé, pharmacien excepté.

Aussi, ne faut-il pas se surprendre de voir la commission recommander elle-même la subordination des professionnels de la santé à la médecine.

Par sa résolution 1.19, déjà analysée dans le chapitre 8, la Commission Castonguay n'hésite pas à recommander une diminution des pouvoirs et des actes professionnels posés par les optométristes, ceci au profit d'un groupe de médecins spécialistes : les ophtalmologistes.

Partie en si bon chemin, la Commission Castonguay continue dans cette voie et recommande la couverture des soins fournis par les ostéopathes, aussitôt que les recommandations de la Commission Lacroix, (commission royale d'enquête sur la chiropraxie et l'ostéopathie), auront été mises en application par le Collège des médecins, puis, elle recommande que :

« . . . 1.39 : le contrôle de l'activité des professionnels qui oeuvreront dans le cadre du régime d'assurance-maladie, du moins en ce qui a trait aux soins couverts au début, soit exercé par le Bureau provincial de médecine et par le Bureau de discipline du Collège des pharmaciens de la province de Québec. »[16]

Faut-il voir dans cette extension des pouvoirs que la Commission Castonguay arroge au Collège des médecins, le principe qu'étant subjuguée par la gent médicale, elle s'est empressée de lui attribuer tous les pouvoirs, ceci aux dépens de tous les autres groupes de professionnels de la santé, et au risque de rendre cette assurance-maladie caduque pour la population avant même qu'elle soit mise en force ?

Et pourtant, dans le cadre d'un plan universel d'assurance-maladie, intégration des services et soins fournis par tous les professionnels de la santé ne signifie pas, ou plutôt ne devrait pas signifier subordination de certains groupes au profit d'un seul, et surtout l'aliénation professionnelle de la majeure partie d'entre eux, parce qu'un groupe minoritaire, les médecins, mais fort agissant et puissant dans les milieux gouvernementaux, en a décidé ainsi. Ce que la Commission Castonguay ne semble pas avoir compris ! . . .

---

(1) Mémoire du Collège des Médecins et Chirurgiens de la province de Québec à la Commission Castonguay, avril 1967, prop. H. 5, page 24.

(2) Tous les soulignés sont de nous.

(3) Même source, prop. H. 6 (les aberrants) page 24.

(4) Mémoire de l'Ass. des Ophtalmologistes du Québec, présenté à la Commission Castonguay, non daté, page 13.

(5) Idem, page 15.

(6) Idem, page 3.

(7) Rapport Commission Castonguay, déjà cité, page 315.

(8) Idem, page 316.

(9) Idem, page 316.

(10) Idem, recommandation 1.49 à 1.51 pages 316-317.

(11) Idem, 1.37, page 315.

(12) Projet de réforme de la loi médicale, bulletin du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec, vol. 8, oct. « 68 », art. 61, page 16.

(13) Rapport Castonguay, pages 126-127.

(14) idem, page 127.

(15) Idem, page 127.

(16) Idem, page 315.

DIXIÈME CHAPITRE

La Santé : une entité dont le contrôle appartient à l'Etat

Tout au long de ce livre, nous avons parlé d'assistance médicale et d'assurance-maladie, non parce que tel était notre désir de nous borner à ces sujets, mais, plutôt, parce que médecins, gouvernement et commissions d'enquête se préoccupaient uniquement d'un sujet : la maladie.

Cette limitation, selon nous, prête à confusion, car elle permet l'élimination des autres groupes de professionnels de la santé dans le domaine des soins accordés aux patients.

Elle prête d'autant plus à confusion que la santé est une entité qui comporte divers aspects inséparables l'un de l'autre : pathologiques, c'est-à-dire dont les soins dépendent des médecins, organiques, dont le traitement requiert des professionnels de la santé autres que les médecins, psychologiques et psychiatriques, et, enfin, sociaux.

L'erreur est là : en limitant la santé à un seul critère, la maladie, en mettant en veilleuse tous ses autres aspects, en confinant la loi de l'assistance médicale à ce dernier barème, on risque de répéter la même erreur avec la future loi de l'assurance-maladie, (le mot par lui-même est une restriction), et, par le fait même, on confirme la prépondérance des médecins sur tous les autres professionnels de la santé, et leur

mainmise, voilée ou officielle, sur l'appareil administratif gouvernemental chargé de l'application de cette loi en devenir.

C'est cette aliénation partielle de son droit administratif de contrôle que nous avons dénoncée dans les chapitres antérieurs, et ce précédent, accepté au titre d'une loi transitoire, la loi de l'assistance médicale, risque, avec tous les inconvénients graves qu'une telle situation comporte, de se répéter dans la loi de l'assurance-maladie, d'autant plus que la Commission Castonguay, par ses recommandations, favorise, aux dépens de l'Etat, ce contrôle administratif de la future loi par la gent médicale.

Pour remédier à ce début de carence gouvernementale, deux solutions s'imposent : la première consiste à modifier profondément la présente loi de l'assistance médicale, en attendant que l'assurance-maladie devienne réalité au Québec ; la deuxième porte sur la restructuration « fonctionnelle » des divers groupes de professionnels de la santé, de façon à ce que leurs activités et leurs compétences techniques soient, *pour tous,* utilisées dans le cadre de ce régime d'assurance-maladie, certes, mais surtout, de façon à empêcher un groupe en particulier de s'emparer de l'appareil administratif gouvernemental en ce domaine vital qu'est la santé.

A la veille de la mise en vigueur par le Québec d'un régime d'assurance-maladie, modifier la loi de l'assistance médicale devient une urgence, puisqu'elle a été créée dans un but transitoire, et que son application permettait, théoriquement, de roder l'appareil administratif gouvernemental en prévision de cette assurance-maladie.

Cette modification devrait porter sur trois points : en premier lieu, élargir la couverture des soins remboursés par le gouvernement de façon à y inclure l'achat de médicaments, les soins dentaires, optométriques, psychologiques, etc. . . ., dont les assistés sociaux ont besoin ; en second lieu, créer une commission consultative dans laquelle seraient représentés tous les groupes de professionnels de la santé qu'ils aient, ou

non, passé des ententes avec le gouvernement ; en troisième lieu, remodeler la composition de la Commission de l'assistance médicale, de façon à ce que le gouvernement y ait voix prépondérante, et accorder à cette commission de véritables pouvoirs de coercition à l'égard des professionnels de la santé qui contreviennent trop fréquemment aux décisions administratives de cet organisme et, si d'aventure, le gouvernement ne peut modifier la commission dans le sens proposé, que lui gouvernement, s'arroge un droit de veto, par l'entremise de son ministre de la Santé, sur toutes décisions prises par la commission qui vont à l'encontre de l'intérêt public, ainsi que des politiques gouvernementales en matière de santé.

Est-ce du « socialisme » que de proposer une telle refonte de la loi de l'assistance médicale et une « restructuration » des groupes de professionnels de la santé, (restructuration dont les grandes lignes sont suggérées dans le cours de ce chapitre) ?

Peut-être ! . . . Mais, veut, veut pas, nous nous acheminons rapidement vers une certaine « socialisation » de la santé.

La Commission Castonguay, malgré de grandes lacunes dans ses recherches, a tellement bien compris ce phénomène, que loin de renier les faits, elle se trouve d'avis qu'un véritable régime d'assurance-maladie, pour être efficace, se doit non seulement d'être universel mais aussi lancé par le gouvernement.

Il est vrai que, prétextant l'impasse financière dans laquelle se trouve la province, elle renvoie l'universalité du plan aux calendes grecques, en recommandant, pour l'immédiat, le remboursement des soins fournis par médecins spécialistes et omnipraticiens, ce qui existe dans les faits tant en vertu de la loi de l'assurance-hospitalisation qu'en vertu de celle de l'assistance médicale.

Pourtant, comme le remarque avec justesse le Dr Claude Gareau, o.d., ancien président du Conseil interprofessionnel du Québec, dans un discours qu'il prononçait le 15 juin 1968 :

« ... La présence de phénomènes tels que la sécurité sociale, le droit universel à la santé, l'urbanisation, la pénurie de médecins et plus particulièrement d'omnipraticiens, la mauvaise distribution des effectifs médicaux, l'insuffisance du nombre de professionnels de la santé, sont autant de facteurs qui entraînent une socialisation des services de santé au Québec. »[1]

Cette « socialisation » de la santé, les médecins spécialistes, particulièrement, la rejettent au nom du principe de « la liberté d'exercer du praticien » et, tout comme certains industriels français, ils refusent l'intervention du gouvernement quand ils font des affaires d'or, mais appellent à grands cris l'aide de l'Etat quand leurs industries périclitent.

En somme, en vertu de l'adage bien connu : « aide-toi et le ciel t'aidera ... », (le ciel pouvant s'entendre ici par le gouvernement), les médecins spécialistes, par leur convention du 9 avril 1968, et les radiologistes, par celle du 20 octobre 1967, ont pris leurs précautions pour ne rien perdre de leurs privilèges et s'assurer « d'honnêtes » bénéfices financiers, ceci dans le cadre d'un futur régime universel d'assurance-maladie, et, en même temps, ne pas assumer des responsabilités qu'ils estiment revenir de plein droit au ciel, c'est-à-dire au gouvernement, l'intérêt public dût-il en pâtir.

Préoccupés de voir leur statut privilégié battu en brèche par le rajeunissement et la venue de nouveaux cadres, les médecins spécialistes en viennent à oublier ce pourquoi ils existent : le maintien et la préservation de la santé des particuliers et du public, en coopération avec les autres professionnels de la santé.

Cette attitude de la part des médecins spécialistes minimise l'affirmation de la Commission Castonguay, à savoir qu'une corporation est d'abord là pour assurer la préservation du bien public et protéger ce public contre les abus des professionnels.

On est plutôt tenté de croire avec le Dr Claude Gareau, déjà cité, que :

« ... On sait que les groupes de professionnels n'eurent dans le passé qu'un but de conquête et de défense des privilèges les plus variés, visant surtout à construire une sorte de caste fermée, unique dépositaire d'un monopole professionnel qui était en même temps technique et social, et constamment engagé dans une violente dialectique verbale avec tout le pouvoir politique centralisateur. »[2]

En somme, puisque tant le concept de « santé » que celui de « professionnel de la santé », sont passés : « ... de la dimension individuelle à la dimension collective ... »[3] ; puisque dans un monde en perpétuel devenir, les Etats les plus farouchement adeptes de « la liberté d'entreprise », comme les Etats-Unis d'Amérique par exemple, sont obligés d'assumer des responsabilités qui, traditionnellement, étaient dévolues à l'initiative du particulier, ou à la charité de certains corps sociaux, (l'Eglise par exemple) ; puisque, enfin, il est maintenant admis que même l'Etat le plus capitaliste doit, pour répondre aux besoins d'une société dite de « consommation », appliquer une politique semi-socialisante afin de subvenir à ses besoins scolaires et médicaux, il n'est pas étonnant de constater que le Québec, s'il veut rester dans le courant moderne, et devenir un « Etat » qui assume ses responsabilités dans tous les secteurs : scolaires, économiques, médicaux, sociaux ..., le Québec donc, à son tour, a le devoir d'étatiser partiellement ou totalement tout ce qui concerne la santé.

Cette constatation implique, de la part de la société québécoise en général, des professionnels de la santé en particulier, et du gouvernement plus précisément, une révision « déchirante » peut-être, mais nécessaire, de tout un mode de pensée et de réagir que nul ne mettait en doute jusqu'à tout récemment.

« Pour ma part, je crois qu'à la profession libérale succédera la fonction sociale des professionnels de la santé ; à la clientèle privée, une organisation publique planifiée qui s'étendra à toute la société », affirme le Dr Claude Gareau dans son discours déjà cité.[4]

De son côté, le rapport Castonguay, qui ne comprend pas que des erreurs d'appréciation, constate que dans le cadre d'un régime universel d'assurance-maladie, il faudra peut-être envisager un jour le salariat pour les professionnels de la santé et non la rémunération à l'acte médical.

Ceci signifie que, face à une étatisation de la santé de plus en plus grandissante, le professionnel de la santé, qu'il soit médecin, pharmacien, psychologue, optométriste, chimiste, vétérinaire, ou autre, devra reviser son rôle ainsi que celui de sa corporation.

Ceci explique sans doute la bataille acharnée que mènent les médecins spécialistes pour empêcher la mise en place d'un régime universel d'assurance-santé, ou à tout le moins en retarder son application, si d'aventure, ils se trouvent dans l'impossibilité de lui substituer un super-système d'assurance-maladie privée.

Il n'est que logique de penser que dans un système économique qui verra l'implantation d'un régime universel d'assurance-santé, le professionnel de la santé, parce que le régime sera justement universel, à plus ou moins longue échéance, deviendra, qu'il le veuille ou non, une sorte de fonctionnaire de l'Etat.

Le prélude à cette évolution importante dans la vie du professionnel de la santé, – et pour être plus précis du médecin spécialiste ou de l'omnipraticien, du psychiatre aussi, – a été amorcé, avec, en 1961, la loi de l'assurance-hospitalisation, et continué, en 1966, avec celle de l'assistance médicale.

Le médecin continue certes, d'être toujours rémunéré à l'acte, selon un tarif conventionnel qu'il a imposé au gouvernement, mais si dans l'avenir, le gouvernement désire diminuer le coût d'un régime universel d'assurance-maladie, il devra entièrement repenser la rémunération à l'acte médical, soit par une imposition tarifaire unique comportant une diminution sensible du coût de l'acte médical, soit par un plafonnement du nombre d'actes médicaux remboursés dans le mois, soit tout simplement en fixant arbitrairement un hono-

raire mensuel, ce qui aurait comme résultat de faire du professionnel de la santé un « salarié », mieux rétribué que l'ensemble des salariés québécois, peut-être, mais qui ne se distinguera des autres « salariés » que par sa qualité de professionnel.

D'ailleurs, il ne sert à aucun professionnel de se voiler la face devant ce mot « salarié ».

Dans ce monde qui évolue rapidement, le professionnel, de quelque profession que ce soit, pour survivre doit accepter de perdre cette fameuse « liberté de travail », cet individualisme qui le distinguait des autres travailleurs, pour devenir, à son tour, cet employé rémunéré à salaire, perdu parmi des centaines de ses semblables.

Qu'il s'agisse de l'ingénieur, de l'avocat, du médecin, du psychologue, du psychiatre, du conseiller en orientation, de l'architecte, de l'urbaniste, ou de tout autre professionnel issu de nos universités, tous, quels qu'ils soient, deviennent des employés un peu plus instruits que les autres, mais employés quand même.

Sur environ 14,000 ingénieurs qui professent au Québec, moins de 2,000 pratiquent en bureaux privés d'ingénieurs-conseils. Tous les autres travaillent à salaire, soit pour des administrations publiques ou para-publiques, (gouvernement fédéral, provincial, municipalités, Hydro-Québec, SGF, Sidbec, etc. . . .), soit pour des bureaux d'ingénieurs-conseils, soit tout simplement pour de grandes industries comme la Northern Electric, la compagnie de téléphone Bell, la General Motors, et j'en passe.

Sur les 3,000 avocats admis à la pratique, pas loin de 40% sont employés à plein temps et à salaire soit par le gouvernement, soit par de grandes compagnies privées, soit par des compagnies d'assurances, soit tout simplement par des bureaux d'avocats.

Règle générale, les 918 travailleurs sociaux sont tous des salariés, tout professionnels qu'ils soient. Situation similaire pour les 500 diététistes. Quant aux ingénieurs-forestiers et aux arpenteurs-géomètres, 98% de leurs effectifs se repar-

tissent entre l'entreprise privée et l'administration publique ; et que dire des pharmaciens qui, pour survivre, ouvrent des « bazars » (drug stores) à l'intérieur desquels la pharmacopée est une marchandise parmi tant d'autres ?

Dans un tel contexte, on se surprend d'une affirmation aussi audacieuse que celle formulée par la Commission Castonguay.

« . . . L'acceptation, dit-elle, par un grand nombre de professionnels, de la formule syndicale résulte du fait que, dans nombre de cas, *l'intérêt public a commandé aux corporations professionnelles de se tenir à l'écart d'un conflit possible entre le bien commun et l'intérêt particulier de leurs membres,*[5] faisant ainsi apparaître la nécessité d'organismes syndicaux qui agiraient comme instruments de défense et de représentation des membres de ces corporations. »[6]

Cette affirmation est d'autant plus étonnante que la lutte menée par la Corporation des ingénieurs pour empêcher certains de ses membres de se syndiquer n'est pas si lointaine (1963-1964) ; que les principales corporations se sont liguées en 1964, pour maintenir, dans le nouveau code du travail, l'élimination des professionnels des cadres du syndicalisme ; que la Corporation des comptables-agréés interdisait, il y a moins d'un an, à ses membres de se syndiquer ; qu'il y a deux ans, le Barreau provincial a rejeté l'idée de syndicalisme pour ses membres salariés, etc., etc.

Pour justifier leur opposition à l'implantation du syndicalisme chez leurs membres, la majeure partie des corporations alléguaient justement la défense de l'intérêt public qu'elles seules, comme groupes organisés, étaient aptes à défendre, et créaient de toutes pièces, le mythe du « professionnalisme », c'est-à-dire de l'individualisme, porté à sa nème puissance, pour le professionnel, tout salarié qu'il soit.

Or, si révision du concept de professionnel de la santé, membre d'une corporation dont le but, entre autres, est de veiller à l'intérêt public, si révision du concept tant du pro-

fessionnel que du rôle à jouer par sa corporation il y a, c'est en ce double domaine que cette révision se doit d'être réalisée.

• • •

Dans ce contexte, le professionnel de la santé n'est plus appelé à oeuvrer seul en sa spécialité, mais bien à faire équipe avec tous les autres groupes qui, comme lui, travaillent pour le bien-être et la santé de la population.

De ce fait, une nouvelle dimension du rôle du professionnel de la santé s'impose, et ceci selon trois critères bien précis : le professionnel de la santé face à sa corporation, face à l'étatisation des services de santé, et face au patient.

Pourquoi cette nécessité d'une réévaluation des tâches et du rôle du professionnel de la santé ?

Parce que : salarié en devenir, s'il ne l'est déjà, il ne peut rejeter le syndicalisme, (et dans son cas, il s'agit de syndicalisme de cadres), comme il avait tendance à le faire dans le passé ; invité à perdre son entité « d'individualiste », il ne peut plus tisser, comme naguère, des liens personnels avec sa clientèle, plus ou moins privilégiée ; obligé de s'adapter aux structures de plus en plus étatisées des services de santé et de bien-être social, structures qui s'imposent à lui comme à la population, il devra répondre aux besoins de la masse et non plus cultiver « son » patient ; victime plus ou moins consciente, plus ou moins volontaire, de la spécialisation, qui, jour après jour, prédomine dans le secteur médical, péri-médical et para-médical, il devra, pour être efficace, soit s'intégrer dans une équipe multidisciplinaire, soit se perdre dans la masse de ses confrères qui oeuvrent en milieu hospitalier, ceci au risque de perdre son originalité propre, pour ne devenir qu'un simple rouage de cette administration vorace qu'est une administration hospitalière.

Tant que l'Etat laissait à l'initiative privée et aux organismes de charité, le soin d'assurer les services de santé aux malades et celui d'assumer en son entier la responsabilité de créer et de gérer des organismes de bien-être et d'assistance sociale, il va de soi que les corporations de professionnels de la santé pouvaient exiger de l'Etat l'obligation de veiller, comme corps public, à l'intérêt du public et à sa protection contre les abus de leurs membres.

Maintenant qu'en ce double domaine, le centre de gravité s'est déplacé au profit de l'Etat, ce privilège ne peut qu'être logiquement transféré à l'Etat, via des organismes mixtes dans lesquels sont représentés, à égalité ou majoritairement du côté des professionnels de la santé, gouvernement et professionnels de la santé, ces derniers par l'entremise de leurs associations.

Mais on sait déjà comment plus particulièrement le Collège des médecins, jaloux de ses privilèges, s'est tacitement empressé, par l'entremise de sa Fédération des médecins spécialistes et celle des médecins omnipraticiens, de faire confirmer ces privilèges dans la loi de l'assistance médicale et dans leurs conventions du 9 avril 1968.

Il n'est donc pas surprenant de voir la Commission Castonguay, dans ses recommandations, attribuer aux corporations de professionnels de la santé, et plus précisément au Collège des médecins et à celui des pharmaciens, le même objectif que celui qui leur est dévolu face un contexte social et hospitalier nettement différent.

« . . . Le Collège des médecins et chirurgiens du Québec et le Collège des pharmaciens, dit-elle, ont, en effet, une fonction importante à jouer dans toute matière concernant la déontologie, la discipline de leurs membres et l'honneur ou la dignité de la profession. Aussi, la commission est d'avis (. . .) qu'il est nécessaire d'offrir à ces derniers l'occasion de jouer pleinement le rôle qui leur revient. »(7)

La commission est consciente que l'avènement du syndicalisme au niveau des professionnels de la santé modifiera les données de base entre « corporatisme » et « syndicalisme »,

et dans son chapitre IV, intitulé : « La négociation dans le cadre de l'assurance-maladie », elle étudie, avec des arguments fallacieux, extraits de : « Défense et illustration des corporations », le rôle de chacun de ces organismes.

Aussi en vue de : « tracer clairement la ligne de démarcation entre les rôles, les pouvoirs, les fins et les champs d'activité respectifs des corporations et des syndicats »[8], n'hésite-t-elle pas à attribuer aux syndicats, – puisque défenseurs des intérêts privés de leurs membres, – le rôle de négocier uniquement des conventions, et aux corporations, – parce que représentantes de l'intérêt public, – celui de réglementer « la déontologie, la discipline de leurs membres et l'honneur ou la dignité de la profession ».[9]

Le fait que ces professionnels, dans la majeure partie des cas, sont, à leur corps défendant pour certains en ce qui concerne leur corporation, membres de l'un et l'autre organisme, ne pose pas d'inquiétude à la commission.

Sa distinction du « bien » que représente la « corporation » et du « mal » nécessaire que suppose un syndicat est fort bien illustrée par des propos comme : « puisqu'il s'agit de négociations collectives, il est difficile de concevoir que le Collège puisse à la fois se préoccuper aussi bien de l'intérêt public que de celui de ses membres : alors que l'intérêt de ses membres lui demanderait d'utiliser tous les moyens de pression dont il dispose pour obtenir le meilleur tarif possible, l'intérêt public pourrait bien, au même moment, commander la fixation d'un tarif à un niveau plus bas. C'est essentiellement cette raison qui oblige le Collège à s'en tenir à sa fonction de gardien de la qualité de l'exercice de la profession dans l'intérêt général. Quant à la défense des intérêts économiques des médecins, c'est là la fonction de l'organisme syndical. »[10]

Dans le contexte social d'aujourd'hui, cette double argumentation pèche par un point : puisque les corporations de professionnels de la santé ont fixé dans le passé, et fixent encore pour la plupart d'entre elles, le tarif des honoraires de leurs membres, tarif qu'elles font ensuite approuver par le

gouvernement, en quoi ce transfert de l'imposition d'un tarif d'honoraires à un syndicat de professionnels de la santé modifie-t-il une donnée fondamentale de base, savoir : que ce tarif soit imposé par la corporation ou par le syndicat, il devra obligatoirement être approuvé par le gouvernement, d'une part, et de l'autre, en quoi ce tarif, lorsque imposé par la corporation, est obligatoirement fixé au niveau le plus bas possible dans l'intérêt du public, et ne peut-il plus l'être maintenant parce que fixé par un syndicat ?

Par ailleurs, qu'est-ce qui distingue une corporation d'un syndicat si on transfère de l'une à l'autre le pouvoir d'imposition d'un tarif d'honoraires ? N'est-ce pas créer de toutes pièces à l'intérieur de la « grande corporation » des « mini-corporations » qui n'auraient de nom que celui de « syndicat »?

Enfin, et c'est là un point important, puisque, par la création d'un régime universel d'assurance-santé, le professionnel de la santé, quel que soit son mode de rémunération, (à l'acte médical ou à salaire), deviendra principalement un « salarié » de l'Etat, n'est-il pas logique de croire que la « corporation », comme on la connaît, actuellement, n'aura plus sa raison d'être, du moins en ses modalités présentes ?

En conséquence, on a raison d'affirmer que la « corporation » est un organisme qui, pour survivre, doit entièrement se recycler.

Comment ? Là est la question ! . . .

• • •

Dans le contexte actuel, en règle générale, les corporations de professionnels de la santé, outre de voir à l'intérêt public en réprimant les abus de leurs membres, ont aussi comme rôle de prévoir, en accord avec les autorités universitaires, les programmes universitaires des postulants, et celui d'accep-

ter les étudiants, après examen, une fois terminées leurs études, sans oublier l'adoption de tarifs d'honoraires qui doivent être approuvés par le Conseil des ministres.

Etant donné l'évolution qui s'accomplit aussi dans le monde pédagogique, étant donné qu'à plus ou moins longue échéance, nos universités dépendront de fait, sinon de droit, du ministère de l'Education, il semble normal de penser que même ce rôle leur sera disputé au profit de l'Etat.

Pourtant, il doit être possible de trouver un moyen terme qui permettrait aux « associations » de professionnels de la santé, de jouer un rôle important dans la société d'aujourd'hui, et à plus forte raison dans celle de demain.

« Association » de professionnels !... Le grand mot est lâché !... Après tout, la « corporation », vestige de l'Ancien régime, tant français qu'anglais, n'a été créée, — au nom de la défense de l'intérêt public, — que pour défendre les intérêts particuliers de ses membres et pour se faire adjuger des privilèges bien précis, privilèges que, dans l'ensemble, on retrouve encore maintenant dans leurs chartes respectives.

Puisque dans le domaine social, ainsi que dans celui des services de santé, la participation de l'Etat s'impose d'année en année, puisque sa mainmise existe aussi dans le secteur de l'éducation, puisque surtout, cette intrusion de l'Etat est la conséquence logique de l'évolution sociale qui se déroule sous nos yeux, on peut se demander à quoi servent les corporations de type traditionnel que nous connaissons actuellement ?

En ce sens, serait-ce une vue de l'esprit que de prévoir l'abolition des corporations de professionnels de la santé au profit d'associations qui se regrouperaient dans une véritable « fédération» dont le rôle serait le suivant :

1 — *Négocier.* Négocier véritablement avec le gouvernement, et non lui imposer ses propres tarifs d'honoraires et ses normes de travail comme l'ont fait les médecins spécialistes et les omnipraticiens ; donc négocier avec le gouvernement, au niveau de la province, et en tenant compte des particularités de chaque association, non seulement le tarif d'honoraires

ainsi que le taux de son remboursement, ou encore une rémunération du type « salaire », mais aussi les normes de travail qui régiraient ce tarif ou ce salaire, qu'il s'agisse d'un acte médical accompli à l'hôpital ou en cabinet privé, et, dans ce cadre, accepter un certain contrôle « administratif » de la part de l'Etat ;

2 – *Préparer* un code de déontologie acceptable par tous les professionnels de la santé (ce qui ne présente aucune difficulté puisque mutatis mutandis, chaque corporation a établi son propre code de déontologie, qui ne diffèrent guère chacun l'un de l'autre), code qui sera établi en accord avec les représentants gouvernementaux et dont l'application dépendrait d'une commission mixte comportant représentants du gouvernement et de la « Fédération » ;

3 – *Prévoir* une réglementation générale interne en vue de protéger l'intérêt public contre les abus possibles de professionnels de la santé, que ces abus soient d'ordre professionnel ou d'ordre monétaire. Cette réglementation devra, comme cela s'applique actuellement pour les corporations, être approuvée par le gouvernement, et son application dépendra, soit de la « Fédération » elle-même, soit d'une commission mixte où seront représentés paritairement gouvernement et « Fédération » ;

4 – *Mettre* au point une politique spéciale pour leurs membres qui, se dégageant des cadres de l'assurance-santé, voudront ouvrir, soit des cliniques privées à l'intention d'une clientèle qui se croirait déchue si elle était soignée sur le même pied d'égalité que la masse de la population, soit des cabinets privés qui s'adresseraient à cette même clientèle « très privilégiée » ;

5 – *Suggérer,* mais suggérer seulement, après entente avec chacune des associations, une programmation de cours universitaires, programmation qui, dans l'immédiat, devrait obtenir l'accord des autorités universitaires, et dans l'avenir, si les universités dépendent en fait et en droit du ministère de l'Education, celles des autorités gouvernementales attachées à ce ministère ;

6 – *Accepter* de ne plus confirmer, par un deuxième examen, les cours poursuivis par les étudiants dans les diverses branches, ou spécialités choisies par eux. Après tout, il faut être logique : ou les cours universitaires sont valables et point n'est besoin d'un examen spécial imposé par une corporation pour confirmer le diplôme émis par l'université, ou ils sont trop faibles, et alors, faut-il les repenser en leur entier ! . . .

Mais pourquoi exiger le maintien d'un deuxième examen organisé par la corporation, si ce n'est dans le but de « raréfier » l'accession à la profession, et en conséquence, créer un « vacuum » porteur de tous les abus monétaires et sociaux possibles ?

7 – *Organiser* conjointement avec le gouvernement, les universités et les organismes privées ou publics de recherches en matière de santé, un comité permanent de recherches qui comprendrait, outre des représentants de ces divers organismes, des économistes, et dont le rôle consisterait à créer, et subventionner, en accord avec les autorités gouvernementales compétentes, des comités de recherches au niveau et en fonction des besoins de chaque association, ceci selon un programme de recherches établi par chacune de ces associations, programme qui devra recevoir l'approbation du comité conjoint. Il va de soi qu'à son niveau, le comité conjoint doit planifier cette recherche et cette répartition de subventions.

8 – *Etablir* des règles strictes qui garantissent la liberté de toute personne de s'adresser au professionnel de la santé de son choix et la liberté de tout professionnel de la santé de fournir tous services professionnels aux personnes de leur choix, d'une part, et de l'autre, la conservation de la liberté thérapeutique, la conservation du secret professionnel dans le sens le plus strict du mot : protection du malade, et celle du professionnel de la santé de se désengager de l'exercice conventionnel prévu par un régime universel d'assurance-santé. Ces règles non seulement devront être approuvées par le gouvernement, mais de plus, devront faire l'objet d'articles particuliers, dans une loi générale régissant cette « Fédération » des Associations professionnelles.

Les médecins eux-mêmes, du moins les omnipraticiens, sont conscients de la nécessité d'un regroupement des divers syndicats de médecins, au niveau de la province.

L'organigramme d'une centrale syndicale de médecins qu'ils proposent, synthétise bien l'urgence, dans leur esprit, de l'établissement d'un tel organisme.

Ainsi, prévoient-ils, au sein de l'actuelle « Association médicale du Québec », l'affiliation de la Fédération des médecins spécialistes du Québec qui représente 22 associations, de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec et ses 16 associations, du cartel des résidents comprenant trois associations, et enfin, des médecins salariés de la ville de Montréal, et ceux du gouvernement provincial.

« ... La structure est souple, flexible, et permet la coexistence d'activités et de mécanisme distincts, commente le Dr Gérard Hamel, président des omnipraticiens. Ainsi, tous les syndicats d'omnipraticiens, de résidents, et de médecins salariés, à l'exception de la F.M.S.Q., jouissent d'une forme de retenues à la source, comme mécanisme de prélèvement des cotisations. Chacun des syndicats peut, à l'intérieur de cette structure confédérale, conserver la formule de prélèvement des cotisations de son choix. »[11]

Et de préciser le Dr Gérard Hamel : « ... Les possibilités de domination d'un groupe par un autre sont à peu près nulles, car un certain degré d'autonomie réelle persiste, comme il se doit, aux deux paliers inférieurs de la structure, c'est-à-dire au niveau des associations et des fédérations. »[12]

Il va de soi, que, dans cette optique, deux organismes vivront côte à côte, deux organismes qui, chacun, représenteront, selon leurs méthodes et leurs façons de procéder, les médecins : le Collège des médecins et cette centrale syndicale que suggère le Dr Hamel, puisqu'il ne va pas jusqu'à proposer l'abolition du Collège.

Si les médecins songent à se fédérer au sein d'une centrale syndicale, à plus forte raison, pour équilibrer les forces en présence, tous les autres groupes de professionnels de la santé, doivent-ils, et le plus tôt possible, engager des négocia-

tions pour créer leur propre centrale syndicale, dans laquelle on trouverait : pharmaciens, dentistes, travailleurs sociaux, chimistes professionnels, diététistes, médecins vétérinaires, optométristes, psychologues, conseillers en orientation, etc. . . .

C'est tout le sens de notre recommandation dans ce chapitre, en établissant comme critère de base, l'abolition des corporations.

Est-ce faire du « socialisme » que de proposer une telle « révolution tranquille » dans le domaine de la santé ?

Non ! . . . Car la logique demande qu'à système social nouveau en matière de santé réponde organisations nouvelles.

Or, puisque les professionnels de la santé, en devenant des « salariés » de l'Etat, advenant la mise intégrale en place d'un plan universel d'assurance-santé, devront, si l'on suit la logique de la Commission Castonguay, appartenir conjointement à deux organismes nettement complémentaires ; que cette division à tout coup défavorisera le gouvernement, un organisme, la corporation par exemple, utilisant l'autre, le « syndicat », et vice-versa, selon la technique du « lance-ballon » décrite dans le chapitre 6, et, partant, sera préjudiciable à l'intérêt public ; puisque, par ailleurs, cette division « factice » ne sert qu'à maintenir des privilèges qui n'ont plus leur raison d'être ; pourquoi, sans être « socialiste » ou « marxiste » en la matière, ne pas abolir purement et simplement les corporations et les remplacer par des associations professionnelles au niveau de chaque profession de la santé, les regrouper ensuite en une Fédération apte à jouer un rôle important et nécessaire tant auprès du gouvernement qu'auprès du public, et, en vue de protéger ce même intérêt public, accorder à cette Fédération certains pouvoirs qui, toutefois, seront limités par la présence de représentants gouvernementaux, car, après tout, en cette matière, la santé, c'est le contribuable qui paie via ses taxes et impôts perçus par le gouvernement.

En somme, cette « Fédération » et les associations de professionnels de la santé qui lui seront affiliées, joueront jusqu'à

un certain point, le rôle que jouent actuellement une grande centrale syndicale, comme la Confédération des Syndicats Nationaux (CSN), et les fédérations et syndicats qui lui sont affiliés.

Jusqu'à un certain point, toutefois, car la CSN oeuvre principalement en secteur privé, quoique depuis quelques années, environ 48% de ses membres proviennent de l'administration publique, qu'elle soit provinciale, municipale, scolaire ou hospitalière.

Jusqu'à un certain point, surtout, car les problèmes qui se posent aux professionnels de la santé, — excepté ceux concernant la négociation de la rémunération, et encore, — seront nettement différents de ceux qui se posent aux membres de la CSN ou à ceux de la FTQ.

En effet, pour certaines catégories de professionnels de la santé, (médecins, omnipraticiens et spécialistes, optométristes, pharmaciens, psychologues, psychiatres, etc. . . .), les conditions de travail ne peuvent être similaires aux autres catégories d'employés qui travaillent dans l'administration publique, puisque ceux-ci ont des heures de travail et une tâche bien définies alors que ceux-là, même s'ils acceptent de s'engager dans un régime universel d'assurance-santé, peuvent fort bien, tout en oeuvrant dans le cadre d'un hôpital, posséder un cabinet privé ou travailler à titre individuel, dans une équipe multidisciplinaire.

En fonction de cette éventualité, non seulement ne peut-il plus être question de normes d'embauche, mais de plus, en vertu de quelles normes évaluera-t-on les soins fournis par un professionnel de la santé, soit dans un hôpital, soit dans un cabinet privé, soit dans une équipe multidisciplinaire ?

A partir de cette donnée, il va de soi qu'il faut réaménager le syndicalisme de façon à ce qu'il puisse être adapté au professionnel de la santé.

Alors qu'est-ce que cette « Fédération » dont il a été question plus haut, sinon une centrale syndicale adaptée exactement aux besoins des professionnels de la santé, centrale qui leur est propre et qui reflète exactement leurs exigences.

En effet, tout comme une centrale syndicale, la « Fédération » aura toute autorité après étude des besoins par chaque association, de négocier au plus haut niveau, soit à celui du gouvernement, la rémunération de ses membres.

Tout comme une centrale syndicale, elle aura toute autorité pour sanctionner une faute grave et anti-professionnelle commise par un de ses membres.

Tout comme une centrale, elle pourra préparer et présenter aux instances supérieures, des études et mémoires d'ensemble portant sur les politiques gouvernementales.

Tout comme une centrale syndicale, et même mieux qu'elle, elle pourra suivre de près sinon commanditer, des recherches scientifiques dans tous les secteurs de la santé, ceci en fonction des besoins de chacune de ses associations affiliés.

Enfin, plus qu'une centrale syndicale, elle aura voix au chapitre, en ce qui concerne les cours universitaires de ses membres en devenir, et le recyclage intellectuel de ses membres présents.

Pour terminer, il ne faut pas oublier que les professionnels de la santé, par l'entremise de leur « Fédération » pourront, tout comme une centrale syndicale, être représentés sur les grandes commissions provinciales comme le Conseil supérieur de l'éducation, le Conseil supérieur de la famille, le Conseil supérieur du travail, etc. . . . mais cette fois-ci, ils se présenteront comme groupe et non plus en ordre dispersé comme actuellement.

• • •

Ce genre de syndicalisme proposé aux professionnels de la santé n'est pas une chimère et encore moins une panacée.

Il s'inscrit fort bien dans l'évolution que connaît la province. Il reste la réponse possible à une étatisation partielle ou totale des services de santé et de bien-être social. Il se calque enfin sur un modèle déjà existant : le syndicalisme de cadres.

Et la meilleure preuve que, dans l'immédiat, le syndicalisme de cadres est la meilleure formule que peuvent trouver les professionnels pour défendre leurs droits, certes, mais aussi pour consacrer de nouvelles responsabilités, c'est que ce syndicalisme s'est fort bien imposé dans l'administration publique et n'a pu s'introduire dans l'entreprise privée.

En effet, sur les 3,200 professionnels, membres de la Fédération des ingénieurs et cadres du Québec, aucun n'oeuvre dans l'entreprise privée et tous se retrouvent dans l'administration publique qu'il s'agisse du gouvernement provincial, (où se trouve le plus fort contingent, 2,400 sur 3,200), de la ville de Montréal, de celle de Saint-Léonard ou de l'Hydro-Québec.

Si le syndicalisme de cadres, en prévision de la mise en place d'un régime universel d'assurance-santé, peut, selon certaines exigences particulières, valablement exister au niveau des professionnels de la santé, puisque à toute fin pratique, ils deviendront des « fonctionnaires privilégiés » de l'Etat, il ne faut pas, toutefois, tomber dans l'irréalisme de la Commission Castonguay qui qualifie de « syndicats » les actuelles Fédérations de médecins spécialistes et d'omnipraticiens, parce qu'elles portent le titre de « syndicats professionnels » et qu'elles ont imposé, plutôt que négocié, une convention collective.

Cette même remarque s'adresse, mais pour toute une autre raison à un « syndicat professionnel » comme celui existant au niveau des optométristes.

On peut affirmer que dans ces trois cas, il s'agit, de la part de leurs dirigeants et membres, d'une fausse conception du « syndicalisme ». Pourquoi ?

Regardons, en premier, lieu, les définitions que donne le Code du travail en son article 1, intitulé « Définitions » :
« 1.a) « Association de salariés » — un groupement de salariés constitué en syndicat professionnel, union, fraternité ou autrement et ayant pour buts l'étude, la sauvegarde et le développement des intérêts économiques, sociaux et éducatifs de ses membres et particulièrement la négociation et l'application de conventions collectives ;
« 1.d.) « Association d'employeurs » — un groupement d'employeurs ayant pour buts l'étude et la sauvegarde des intérêts économiques de ses membres et particulièrement l'assistance dans la négociation et l'application de conventions collectives. . . .»[13]

Dans le cas du « syndicat professionnel » d'optométristes, l'ambiguïté existe du fait que la majeure partie de ses membres travaillent en cabinet privé, donc à leur propre compte, d'une part, et, de l'autre, que ce syndicat, dans l'immédiat, ne peut négocier une convention collective soit avec le gouvernement, soit avec des entreprises privées.

A partir de cette ambiguïté, il ne peut être question ni de « syndicat » au sens de l'article 1.a) du code du travail, c'est-à-dire que ce « syndicat » n'est pas une association de salariés, ni encore moins de « syndicat » au sens de l'article 1.d) du même code du travail, puisque ce « syndicat » n'a aucune convention collective à faire appliquer.

Quant aux déclarations des médecins omnipraticiens et spécialistes, qui groupent des « syndicats professionnels », soit par spécialité médicale, soit par régions, il s'agit, dans leur cas, et surtout dans celui des spécialistes, d'une fausse conception du syndicalisme, pour ne pas dire d'une usurpation de mots.

En effet, un syndicat, par essence même, négocie avec le patron tant ses conditions de travail que le salaire de ses membres. Jusqu'à présent, on n'a jamais vu un syndicat imposer à un patron un salaire donné, et ensuite discuter avec lui, du pourcentage de tel salaire qui sera accordé aux employés

D'ailleurs, une telle pratique non seulement serait purement et simplement refusée par tout employeur qui se respecte, mais de plus, irait à l'encontre même de l'esprit et de la lettre du Code du travail.

Or, c'est pourtant cela que le gouvernement a accepté de la part de la Fédération des médecins spécialistes : l'imposition d'un tarif conventionnel d'honoraires, à partir duquel il a tout simplement fixé son taux de remboursement.

En agissant de cette manière, la Fédération des médecins spécialistes, composée de plusieurs associations professionnelles de spécialistes, a démontré qu'elle était une « mini-corporation » et non un syndicat comme tel.

C'est cette fausse conception du syndicalisme qui doit être dénoncée dans le rapport de la Commission Castonguay. De deux choses l'une : ou la Fédération des médecins spécialistes est une véritable fédération syndicale, et à ce moment-là, elle accepte de négocier la rémunération de ses membres, ou elle refuse cette négociation, (ce qui a été le cas le 9 avril 1968), et à ce moment-là, elle accepte de ne leurrer personne en s'appelant tout simplement « corporation ».

A partir du moment où l'instauration d'un régime universel d'assurance-santé imposera aux professionnels de la santé, une clientèle de masse, à partir du moment, aussi, où ce régime exigera, pour être efficace, une certaine intégration des divers groupes de professionnels de la santé, il va de soi que ces groupes devront accepter une certaine limitation de leurs droits.

Ainsi, si les recommandations du Comité Boucher sur l'assistance sociale et de la Commission Parent sur l'éducation sont acceptées, ainsi, si le gouvernement lance son régime d'assurance-santé, il faudra bien que les professionnels de la santé acceptent une limitation de leurs pouvoirs actuels, de façon à ce qu'une certaine rationalisation dans le domaine de la santé soit effective.

Ces limitations peuvent être les suivantes : prenons le cas des professionnels de la vision qui sont représentés par trois groupes distincts : ophtalmologistes, optométristes et opticiens d'ordonnances.

Si les premiers soignent les maladies oculaires, il n'en reste pas moins qu'ils oeuvrent dans le champ des optométristes en accordant des soins qui ressortent de la spécialité de ces derniers.

De même, les optométristes, outre le fait qu'ils soignent les défectuosités visuelles de leurs patients, vendent des lunettes et des verres de contact.

Seuls les derniers se limitent à la fabrication et à la vente de verres correcteurs.

Pour quelles raisons ne pourrait-on envisager des cliniques de la vision dans lesquelles cohabiteraient ophtalmologistes, optométristes et opticiens d'ordonnances avec chacun sa spécialité propre : l'ophtalmologiste pour soigner les maladies oculaires, l'optométriste pour corriger les défectuosités visuelles et l'opticien d'ordonnances pour fabriquer et vendre les verres correcteurs recommandés par les optométristes ?

Qu'on n'aille pas dire que de telles cliniques sont difficiles à créer, puisque l'exemple existe déjà dans la ville de Québec où une clinique de ce genre est en place.

Par ailleurs, pour quelles raisons les médecins omnipraticiens ne se « spécialiseraient-ils » pas dans la médecine générale et les médecins spécialistes ne s'engageraient-ils pas à laisser aux premiers cette pratique générale en se limitant à leurs spécialités uniquement.

Enfin, à quand la mise sur pied, au niveau des pôles naturels d'attraction scolaires, industriels, économiques, d'équipes multidisciplinaires où on rencontrerait, sur le même pied d'égalité et chacun oeuvrant dans sa spécialité propre, le médecin généraliste, le psychologue, l'orienteur professionnel, l'ophtalmologiste, le radiologiste, l'optométriste, l'opticien d'ordonnances, l'oto-rhino-laryngologiste, etc. . . . équipe multidisciplinaire qui pourrait oeuvrer aussi bien au niveau des commissions scolaires qu'à celui des industries ?

Enfin, il ne suffit pas dans le cas des optométristes, par exemple, de créer un même comité d'étude qui comprend représentant des médecins, des ophtalmologistes et des optomé-

tristes, pour étudier comment on pourra peut-être intégrer les optométristes dans le cadre de la loi de l'assistance médicale.

Que le gouvernement prenne carrément ses responsabilités : plutôt que de favoriser une catégorie de professionnels de la santé, dans le cadre de cette loi, qu'il l'applique en y intégrant *tous* les professionnels de la santé concernés.

Cette double proposition : limitation de chaque groupe de professionnels à sa spécialité propre sans aller butiner dans le champ du voisin, élargissement immédiat de la loi de l'assistance médicale aux professionnels de la santé autres que les médecins spécialistes et omnipraticiens, aura comme résultats :

1 – d'éliminer cette « surévaluation » ainsi que cette « surcapitalisation » de certains groupes de professionnels par rapport à d'autres, faits que déplore la Commission Castonguay ;

2 – de lancer sur une bonne voie le futur régime d'assurance-santé ;

3 – d'aider à l'intégration de tous les groupes de professionnels de la santé en les plaçant tous sur un même pied d'égalité ;

4 – d'ouvrir, enfin, les hôpitaux à l'ensemble des professionnels de la santé et non plus à quelques groupes privilégiés comme c'est le cas actuellement ;

5 – finalement, d'aider la population, tant adulte que scolaire, à bénéficier de la prévention et des soins que peuvent donner tous ces professionnels de la santé.

En définitive, il s'agit de savoir si le gouvernement, comme tel, veut réellement s'occuper de la santé de la population et donc, réglementer en conséquence les divers groupes de professionnels de la santé, ou s'il désire laisser administrer la santé par un seul groupe : les médecins, et donc démissionner carrément devant eux. Là est la vraie question.

(1) Claude Gareau, président du Conseil Interprofessionnel du Québec, « Profession libérale, profession sociale », page 11, discours prononcé le 15 juin 1968, au congrès du Collège des Optométristes.

(2) Idem, page 7.

(3) Idem, page 4.

(4) Idem, page 3.

(5) Le souligné est de nous.

(6) Rapport Castonguay déjà cité, page 139.

(7) Idem, page 149.

(8) Idem, page 139.

(9) Idem, page 149.

(10) Idem, pages 143-144.

(11) « Le médecin du Québec », volume 4 no. 3, mars 1969, éditorial du Dr Gérard Hamel, intitulé « unité réelle ou factice » page 84.

(12) Idem.

(13) Code du travail, tire 1 : des relations du travail, s.r.q. 1964, chapitre 141.

CONCLUSION

Une étude comme celle qu'on vient de lire, comporte, heureusement pour ceux qui ne sont pas d'accord avec nous, des lacunes. Nous en sommes conscients et nous le déplorons.

Nous aurions aimé traiter en profondeur des problèmes inhérents à l'achat, par les assistés sociaux, de médicaments et de la façon détournée employée par plusieurs médecins pour aider ces mêmes assistés sociaux à obtenir ces médicaments.

Cette pratique, connue mais non admise par la Commission de l'assistance médicale, lui fait recommander, dans ses rapports annuels de 1967 et 1968, l'extension, dans le cadre de l'assistance médicale, de la fourniture gratuite desdits médicaments.

Il nous aurait aussi fallu mentionner la complicité tacite existant, surtout dans les régions pauvres en ressources hospitalières et en ophtalmologistes, entre responsables de bureaux régionaux du ministère de la Famille et du bien-être social, d'une part, et optométristes, de l'autre, pour procurer aux assistés sociaux, les soins requis par leur état. Le tarif est fixé selon un taux convenu entre les parties, et le tout se règle avec une discrétion qui ressemble fort au « secret professionnel », inhérent à tout acte médical.

L'étude serait encore plus complète si nous avions pu analyser l'application de l'assurance-hospitalisation.

S'attaquer à ces trois sujets signifie une recherche fouillée de plusieurs mois, requiert une équipe de recherchistes que

nous n'avions pas, et se solde par la rédaction d'un autre volume de quelques centaines de pages.

Dans les solutions proposées au chapitre 18, pour aider le gouvernement à resserrer son contrôle administratif sur la chose médicale, il aurait fallu ajouter que tout citoyen, intéressé à recevoir, pour son information, le tarif d'honoraires négocié entre la partie médicale et la partie patronale, devrait bénéficier de ce droit.

Et puisque, par cette suggestion, nous sommes lancés dans une campagne de démocratisation de l'information médicale, pourquoi ne pas, comme le font la plupart des syndicats, rendre public ce tarif d'honoraires une fois terminées les négociations ?

Tout au long de cet écrit que de fois avons-nous mentionné ces mots : Collège des médecins, Fédération des médecins spécialistes, Fédération des médecins omnipraticiens, professionnels de la santé, à un point tel que plusieurs doivent nous soupçonner d'avoir une dent contre la gent médicale. Rassurons-les . . . il n'en est rien.

Puisque le médecin, de par sa vocation, a choisi d'appartenir au public, en traitant le patient qui recourt à ses bons offices, ce médecin doit accepter de voir son rôle et sa prédominance remis en question.

Pendant longtemps au Canada français, le jeune homme frais émoulu de son « classique » avait le choix entre trois vocations : le sacerdoce, le droit et la médecine, trois options synthétisant un pouvoir : spirituel, politique et moral.

Aujourd'hui le célibat du prêtre est remis en question, le barreau se voit forcé de rajeunir ses cadres, et la médecine doit oublier l'entreprise privée pour l'entreprise d'Etat.

Le dilemme est que si, privément, le médecin accepte l'étatisation de la santé, comme Ordre, il ne l'accepte qu'à condition de conserver les privilèges du bon vieux temps.

Pendant que le Collège des médecins « s'accroche » à ses prérogatives, le public accepte et souhaite pleinement la so-

cialisation de la santé, et ce retard de l'un, et ce progrès de l'autre, élargit le fossé qui les sépare, et des jugements à l'emporte-pièce se formulent.

Concluons sur une note gaie. Nous sommes en bonne santé, et nous espérons bien le demeurer pendant plusieurs mois . . . après la parution de ce livre, en attendant, comme chacun, la venue de l'assurance-santé au Québec, dès juillet de cette année.

ANNEXE « A »

Entente relative à l'assistance médicale intervenue le 17e jour de mars 1966.

ENTRE :

Le Ministre de la santé du Québec, ci-après appelé "le Ministre",

D'une part,

— et —

La Fédération des Omnipraticiens du Québec, association constituée en vertu de la Loi des Syndicats Professionnels, ayant son siège social à Montréal, ci-après appelée "La Fédération des Omnipraticiens",

De deuxième part,

— et —

La Fédération des Médecins Spécialistes du Québec, association constituée en vertu de la Loi des Syndicats Professionnels, ayant son siège social à Montréal, ci-après appelée "La Fédération des Médecins Spécialistes",

De troisième part.

LES PARTIES AUX PRESENTES, A LA SUITE DE NEGOCIATIONS, CONVIENNENT CE QUI SUIT :

"PRINCIPES GENERAUX"

1 — LES PARTIES RECONNAISSENT QUE :

A) Vu le droit des citoyens à la santé, il revient à la société d'assumer le coût des soins médicaux et chirurgicaux des personnes à qui l'Etat fournit une assistance sociale ;

B) La mise-en-oeuvre du régime d'assistance médicale doit se faire par voie de législation ;

C) Toute législation en matière d'assistance médicale doit respecter la liberté de toute personne de s'adresser au médecin de son choix et la liberté de tout médecin de dispenser ses services professionnels aux personnes de son choix ;

D) L'établissement et le fonctionnement de tout régime d'assistance médicale doivent, au préalable, *être négociés avec les organismes qui représentent à cette fin la profession médicale.*

"REPRESENTATION"

2 — Le Ministre reconnait la Fédération des Omnipraticiens et la Fédération des Médecins Spécialistes comme représentants des médecins de la Province de Québec pour fin de conclure la présente convention collective et voir à son application.

"APPLICATION"

3 — LES BENEFICIAIRES DU REGIME D'ASSISTANCE MEDICALE SONT :

A) Les récipiendaires d'allocations sociales en vertu de :

a) la loi de l'assistance publique 1964, RSQ, ch. 216 ;

b) la loi de l'assistance aux mères nécessiteuses 1964, RSQ, ch. 223 ;
c) la loi des allocations aux aveugles, 13-14 Eliz. II, ch. 59 ;
d) la loi de l'aide aux invalides, 13-14 Eliz. II, ch. 60 :
e) la loi de l'assistance aux personnes âgées, 13-14 Eliz. II, ch. 61

B) Le conjoint d'un bénéficiaire d'allocation sociale mentionné au paragraphe "A", s'il est à la charge de ce bénéficiaire ;

C) Les enfants d'un bénéficiaire d'allocation sociale mentionné au paragraphe "A", mineurs, légitimes, naturels, adoptés légalement ou de fait, non mariés, s'ils sont à la charge de ce bénéficiaire.

Aucun amendement des lois mentionnées au paragraphe "A" n'a pour effet de modifier les dispositions de la présente entente, sauf du consentement des parties aux présentes.

4 — L'identification des bénéficiaires du régime est effectuée par le Ministre de la famille et du bien-être social par l'émission de cartes aux personnes admissibles. Cette carte permet à son détenteur et aux personnes à sa charge d'établir leur admissibilité au régime.

5 — Le régime d'assistance médicale s'applique à tous les médecins pratiquant dans la Province de Québec, sauf à ceux qui signifient, dans les formes prévues ci-après leur désir de se désengager du dit régime. Le désengagement a pour effet de soustraire ces médecins à l'application du régime.

Le désengagement fait jusqu'au et y inclus le 15 avril 1966 prend effet à compter de l'envoi par un médecin au Ministre d'une formule de désengagement selon le modèle prévu à l'annexe "A".

Le désengagement fait après le 15 avril 1966 prend effet à compter du 15e jour suivant celui où un médecin envoie au Ministre une formule de désengagement selon le modèle prévu à l'annexe "A".

Dans chaque cas le Ministre fait parvenir sans délai, une copie du désengagement à *chaque* fédération.

Tout médecin qui s'est désengagé du régime peut annuler ce désengagement en envoyant au Ministre une formule d'annulation selon le modèle prévu à l'annexe "B". Cette annulation prend effet à compter de son renvoi et a pour effet d'assujettir le médecin à la convention.

Le Ministre fait parvenir sans délai une copie de cette annulation à chaque fédération.

Le Ministre ne peut conclure une entente individuelle avec un médecin exerçant dans la Province de Québec quant aux soins médicaux et chirurgicaux dispensés aux bénéficiaires d'assistance médicale.

"COMMISSION DE L'ASSISTANCE MEDICALE"

6 — Un organisme sera formé sous le nom de Commission de l'Assistance Médicale.

Cette Commission sera composée de cinq (5) membres, dont

un président, nommés par le Lieutenant-Gouverneur en conseil ; un de ces membres sera nommé sur la recommandation de la Fédération des Omnipraticiens, un deuxième membre sur celle de la Fédération des Spécialistes et au moins un des autres sera médecin ; toute vacance sera comblée de la même façon dans les trente (30) jours.

Le Lieutenant-Gouverneur en conseil nommera un fonctionnaire comme secrétaire de la Commission.

Le Lieutenant-Gouverneur en conseil paie la rémunération et l'allocation de dépenses des membres non fonctionnaires.

7 — La Commission a son siège social dans la Cité de Québec. Elle peut tenir ses séances à tout autre endroit de la province.

8 — Les séances de la Commission sont présidées par le président, et les décisions se prennent à la majorité des voix des membres présents.

La Commission peut pour cause reviser ou révoquer toute décision prise par elle.

9 — Le quorum de la Commission est de trois (3) membres dont au moins un (1) des membres recommandés par les Fédérations parties aux présentes.

10 — La Commission peut nommer un médecin pour la représenter dans les différentes régions de la province.

Ce représentant exerce les pouvoirs qui lui sont délégués par la Commission. Il est indemnisé par le Ministre de ce qui lui en coûte pour remplir ses fonctions et il reçoit les émoluments que peut fixer le Lieutenant-Gouverneur en conseil.

11 — Le personnel nécessaire au bon fonctionnement de la Commission est nommé et rémunéré suivant les dispositions de la Loi de la Fonction Publique.

"FONCTIONS DE LA COMMISSION"

12 — La Commission a pour fonction :

A) Conseiller le Ministre de la santé et le Ministre de la famille et du bien-être social sur l'application du régime.

B) Etudier les rapports statistiques portant sur la pratique médicale et sur l'utilisation des services médicaux et le cas échéant faire des recommandations aux organismes appropriés.

C) Etudier les rapports statistiques et financiers que le Ministre de la santé lui fournit périodiquement.

D) Recevoir et étudier les plaintes des assistés sociaux et des médecins et en saisir les organismes appropriés.

La Commission peut, pour ses fins, demander et obtenir du ministre de la Santé et du ministre de la Famille et du bien-être social les renseignements qu'elle jugera nécessaires.

"REGLES DE PROCEDURES DE LA COMMISSION"

13 — La Commission pourra adopter des règles de procédures et de pratique nécessaires à ses fonctions, qui entreront en vigueur après l'approbation du Lieutenant-Gouverneur en conseil.

14 — Lorsque le Ministre croit que les honoraires réclamés ne correspondent pas aux termes de l'entente ou aux soins effectivement dispensés il réfère la question à la Commission qui en décide en dernier ressort à la majorité de ses membres.
Le Ministre en réfère aussi à la Commission lorsqu'il croit que les soins dispensés n'étaient pas médicalement nécessaires. Dans ce cas la Commission peut, si elle le juge à propos, saisir de la question le Collège des médecins et chirurgiens de la Province de Québec.
Aucun paiement ne peut être effectué pour des soins que le Collège des médecins et chirurgiens de la Province de Québec a déclaré ne pas être médicalement nécessaires.

"RAPPORT"

15 — La Commission, au plus tard le 31 mars de chaque année, fait au Lieutenant-Gouverneur en conseil un rapport de ses activités pour l'année précédente. Ce Rapport est immédiatement déposé devant l'Assemblée législative si elle est en session ou si elle ne l'est pas dans les quinze (15) jours de l'ouverture de la session suivante.

"DISPOSITIONS TARIFAIRES" ....

16 — Le médecin est rémunéré à l'acte médical.
17 — Le médecin accepte de n'exiger ou recevoir pour l'assistance médicale dispensée à un assisté social aucune autre rémunération que celle prévue aux présentes. Toute convention à l'effet contraire est nulle de plein droit.
18 — En raison de l'application de la présente convention aux assistés sociaux, il est convenu avec le ministre que les médecins spécialistes n'exerceront pas leur droit au complément d'honoraires pour la visite directe d'un malade à un médecin spécialiste.
19 — Le Ministre paiera les honoraires des médecins qui auront dispensé l'assistance médicale aux assistés sociaux en vertu de la présente entente selon les taux suivants :
A) pour chaque visite d'un malade au cabinet du médecin : $5.00
B) pour chaque visite d'un médecin au domicile d'un malade : $7.00
C) pour l'examen de chaque malade additionnel, lors d'une visite à domicile : $3.00
D) pour chaque visite d'un médecin à l'hôpital : $3.50
E) pour chaque accouchement, y compris les visites postnatales : $65.00
F) pour une visite requise et faite un jour férié ou entre 9 heures du soir et 8 heures du matin, un supplément de : $2.00
G) pour une visite faite à un ophtalmologiste qui fait un examen ophtalmologique complet avec techniques diagnostiques, un supplément de : $5.00
H) pour chaque séance de psychothérapie, $7.00 pour une séance de trente minutes et $10.50 pour une séance de 45 minutes.

I) pour chaque mille parcouru par un médecin pour se rendre au domicile d'un malade, à calculer d'un point situé à cinq milles des limites de la ville ou du village où exerce le médecin : $0.50

J) pour chaque demi-heure de vacation, après la première demi-heure : $6.00

K) tout autre soin sera payé suivant le tarif officiel d'honoraires professionnels de la Fédération des médecins spécialistes annexé aux présentes et accepté aux fins des présentes par la Fédération des Omnipraticiens, selon les pourcentages suivants :
   a) pour les actes diagnostiques et thérapeutiques et les consultations : 70%
   b) pour la chirurgie et l'anesthésie : 60%

20 — Aux fins des présentes, les soins médicaux et chirurgicaux comprennent tous les actes propres à l'exercice de la médecine, sauf les suivants :
A) les examens pré-nuptiaux ou pour fins d'assurances;
B) la chirurgie plastique pour fin purement esthétique ;
C) les consultations par lettres ou par téléphones ;
D) les examens diagnostiques de radiologie ; les épreuves de laboratoire (clinique et pathologie) ; les électrocardiogrammes, électroencéphalogrammes, électromyographies ; les épreuves de fonction pulmonaire ; les épreuves diagnostiques en orthoptique médicale ou en physiothérapie et les autres examens ou épreuves diagnostiques similaires ;
E) les expertises judiciaires ;
F) les soins assurés en vertu d'une autre loi ;
G) les soins exclus par règlement du Lieutenant-Gouverneur en conseil, après consultation avec la Commission.

Les soins énumérés aux paragraphes A à G peuvent être inclus par le Lieutenant-Gouverneur en conseil après négociation entre les parties.

21 — Le ministre paiera également les honoraires des médecins qui auront dispensé de bonne foi l'assistance médicale au détenteur d'une carte d'assistance médicale ou à une personne à sa charge alors que cette carte avait cessé d'être valide du fait que son détenteur n'était plus un assisté social.

22 — Les médecins feront parvenir au service gouvernemental compétent, avant le 20 de chaque mois, une facture pour chaque assisté social auquel ils auront dispensé l'assistance médicale durant le mois précédent. Cette facturation se fera sur les cartes que le ministre fournira aux médecins à cette fin. La Commission de l'assistance médicale pourra, si elle le juge à propos, fixer une pénalité pour les factures envoyées en retard.

23 — Le ministre consultera la Commission de l'assistance-médicale au sujet des formules que devront utiliser les médecins.

24 — La présente entente ne vise que les soins médicaux et chirurgicaux dispensés à compter du 1er avril 1966.

« MISE EN APPLICATION »

25 — La présente convention est sujette à l'approbation du Lieutenant-Gouverneur en conseil et dépend de l'adoption par la législature du Québec d'une loi autorisant le ministre à la signer. *La présente convention ne lie les parties contractantes qu'à condition que la Loi soit conforme à la présente convention.*

« DURÉE DE LA CONVENTION »

26 — La présente convention se termine le 30 juin 1967 ou lors de l'entrée en vigueur d'un régime d'assurance-maladie, si un tel régime entre en vigueur avant le 1er juillet 1967.

27 — Les parties aux présentes doivent, à partir du 1er avril 1967 et au plus tard le 15 avril 1967, se rencontrer pour négocier quant à l'opportunité de renouveler la présente entente et le cas échéant quant aux modalités de son application.

ANNEXE « B »

Loi de l'assistance médicale

(Sanctionnée le 31 mars 1966)

SA MAJESTE, de l'avis et du consentement du Conseil législatif et de l'Assemblée législative de Québec, décrète ce qui suit :

1 — Dans la présente loi les expressions suivantes signifient :
a) « ministre » : le ministre de la Santé ;
b) « entente » : l'entente conclue en vertu de l'article 6 ;
c) « règlement » : un règlement adopté en vertu de la présente loi ;
d) « prescrit » : prescrit par règlement ;
e) « soins médicaux et chirurgicaux » : tous les actes propres à l'exercice de la médecine et accomplis par un médecin, y compris ceux qui sont mentionnés à l'article 44 de la Loi médicale ;
f) « assistance médicale » : les soins médicaux et chirurgicaux qui sont donnés gratuitement aux assistés sociaux en vertu de l'entente ;
g) « Commission » : la Commission de l'assistance médicale ;
h) « Collège » : le Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec.

2 — Sont des assistés sociaux aux fins de la présente loi :
a) les bénéficiaires d'assistance sociale en vertu de la Loi de l'assistance publique, la Loi de l'assistance aux mères nécessiteuses, la Loi des allocations aux aveugles, la Loi de l'aide aux invalides ou la Loi de l'assistance aux personnes âgées ;
b) le conjoint d'un bénéficiaire d'assistance sociale mentionné au paragraphe *a*, s'il est à la charge de ce bénéficiaire ;
c) les enfants mineurs non mariés d'un bénéficiaire d'assistance sociale mentionné au paragraphe *a*, légitimes, naturels ou adoptés légalement ou de fait, s'ils sont à la charge de ce bénéficiaire.

3 — Le ministre de la Famille et du Bien-Etre social, ou tout organisme qu'il désigne à cette fin, fait parvenir à chacun des bénéficiaires d'assistance sociale mentionné au paragraphe *a* de l'article 2 une carte d'assistance médicale. Cette carte permet à son détenteur et aux personnes à sa charge, mentionnées aux paragraphes *b* et *c* de l'article 2, de recevoir l'assistance médicale.

4 — La carte d'assistance médicale n'est valide que pour la période qui y est indiquée.
Elle cesse toutefois d'être valide lorsque son détenteur n'est plus un assisté social ; elle doit alors être retournée sans délai au ministre de la Famille et du Bien-Etre social. Cependant, lorsqu'un détenteur ayant à sa charge une personne mentionnée aux paragraphes *b* et *c* de l'article 2 décède, sa carte d'assistance médicale reste valide pour les trente jours qui suivent le décès et ne doit être retournée qu'à la fin de cette période. Le ministre de la Famille et du Bien-être social, ou tout organisme qu'il désigne à cette fin, peut prolonger cette période lorsqu'une personne qui en bénéficie a demandé une assistance sociale mentionnée au paragraphe *a* de l'article 2.

5 — En cas de perte ou de destruction, la carte d'assistance médicale peut, sur demande faite de la manière prescrite, être remplacée par le ministre de la Famille et du Bien-Etre social ou l'organisme qu'il désigne à cette fin.

6 — Il est loisible au ministre de conclure avec les organismes représentatifs de la profession médicale, aux conditions fixées par le lieutenant-gouverneur en conseil, une entente permettant aux assistés sociaux de recevoir gratuitement les soins médicaux et chirurgicaux dont ils ont besoin.
Pour les fins de toute entente conclue avant le 1er avril 1966, les organismes représentatifs de la profession médicale sont pour la durée de cette entente, quant aux omnipraticiens, la Fédération des omnipraticiens du Québec et, quant aux spécialistes, la Fédération des médecins spécialistes du Québec.

7 — L'entente conclue en vertu de l'article 6 oblige tous les médecins de la province, sauf ceux qui informent le ministre, de la manière prescrite, qu'ils désirent en être exclus. Le désengagement fait après le 15 avril 1966 ne prend effet que le quinzième jour suivant celui où le médecin en informe le ministre de la manière prescrite.

8 — L'entente doit :

a) porter sur tous les soins médicaux et chirurgicaux, à l'exception des examens pré-nuptiaux, des examens pour fin d'assurance, de la chirurgie plastique pour fin purement esthétique, des consultations par lettre ou par téléphone, des expertises judiciaires, des services diagnostiques et des soins exclus par règlement ou dispensés gratuitement en vertu d'une autre loi de la province, d'une loi d'une autre province ou du Canada, ou d'un contrat conclu sous le régime d'une telle loi ;

b) fixer le montant des honoraires et en déterminer le mode de paiement ;
c) stipuler qu'elle prendra fin, au plus tard, au moment de l'entrée en vigueur dans la province d'un régime général d'assurance-maladie.

9 — Une Commission de l'assistance médicale est constituée ayant pour fonction de :
a) étudier les rapports statistiques et financiers que le ministre lui fournit périodiquement ;
b) conseiller le ministre de la Santé et le ministre de la Famille et du Bien-Etre social sur l'application de la présente loi ;
c) recevoir et étudier les plaintes de la part des assistés sociaux et des médecins et, le cas échéant, en saisir les organismes appropriés ;
d) étudier les rapports statistiques portant sur la pratique médicale et l'utilisation des services médicaux et, le cas échéant, faire les recommandations nécessaires aux organismes appropriés.

La commission peut obtenir du ministre de la Santé et du ministre de la Famille et du bien-être social les renseignements qu'elle juge nécessaires à l'accomplissement de ses fonctions.

10 — La commission se compose de cinq membres, dont un président, nommés par le lieutenant-gouverneur-en-conseil. Un de ces membres est nommé sur la recommandation de l'association représentant les omnipraticiens du Québec, un deuxième sur la recommandation de l'association représentant les spécialistes du Québec et au moins un des autres doit être médecin. Toute vacance sera comblée de la même façon dans les trente jours.

Le lieutenant-gouverneur-en-conseil peut désigner un fonctionnaire du gouvernement pour agir comme secrétaire de la Commission. Il peut aussi autoriser le paiement d'allocations de dépenses et d'émoluments aux membres de la commission.

La commission a son siège social dans la cité de Québec et peut tenir ses séances à tout autre endroit de la province.

Le quorum de la Commission est constitué de trois membres, dont un nommé sur la recommandation de l'association représentant les omnipraticiens ou les spécialistes.

Les séances de la Commission sont présidées par le président et les décisions se prennent à la majorité des membres présents.

La Commission peut, pour cause, modifier ou révoquer toute décision.

Le personnel nécessaire au bon fonctionnement de la commission est nommé et rémunéré en vertu de la Loi de la fonction publique.

La commission peut adopter les règles de procédure et de pratique nécessaires à l'exercice de ses fonctions. Ces règles entrent en vigueur après approbation par le lieutenant-gouverneur en conseil.

La commission doit, au plus tard le 31 mars de chaque année, faire au lieutenant-gouverneur en conseil un rapport de ses activités pour l'année précédente. Ce rapport est immédiatement déposé devant l'Assemblée législative si elle est en session ou, si elle ne l'est pas, dans les quinze jours de l'ouverture de la session suivante.

11 — Lorsque le ministre croit que les honoraires réclamés ne correspondent pas, aux termes de l'entente, aux soins effectivement dispensés, il doit en référer à la commission qui en décide en dernier ressort.
Le ministre doit aussi en référer à la commission lorsqu'il croit que les soins dispensés n'étaient pas médicalement nécessaires. Dans ce cas, la commission peut, si elle le juge à propos, saisir de la question le Collège.
Aucun paiement ne peut être effectué pour des soins que Le Collège a déclaré ne pas être médicalement nécessaires.

12 — La commission peut nommer un médecin pour la représenter dans chacune des régions de la province.
Ce représentant exerce les pouvoirs qui lui sont délégués par la commission.
Il est indemnisé par le ministre de ce qu'il lui en coûte pour remplir ses fonctions et il reçoit les émoluments que peut fixer le lieutenant-gouverneur en conseil.

13 — Les sommes dues aux termes de l'entente ou des articles 10, 12, 15 et 20 sont payables sur le fonds consolidé du revenu.

14 — L'entente peut prévoir le paiement de l'assistance médicale dispensée de bonne foi au détenteur d'une carte d'assistance médicale ou à une personne à sa charge alors que cette carte avait cessé d'être valide du fait que son détenteur n'était plus un assisté social. Le ministre peut alors recouvrer le montant de ce paiement de la personne responsable envers le médecin du coût des soins dispensés.

15 — Le ministre peut permettre à un médecin exerçant hors de la province d'adhérer à l'entente.
Lorsqu'un assisté social reçoit en dehors de la province des soins médicaux ou chirurgicaux visés au paragraphe *a* de l'article 8 dispensés par un médecin qui n'a pas adhéré à l'entente, le ministre lui rembourse, sur demande faite de la manière prescrite, le prix de ces soins jusqu'à concurrence des honoraires prescrits.

16 — Un médecin lié par l'entente ne doit exiger ou recevoir, pour l'assistance médicale dispensée à un assisté social, aucune autre rémunération que celle prévue à l'entente.
Toute convention à l'effet contraire est nulle de plein droit.

17 — Rien dans la présente loi ne touche à l'exercice de la médecine qui ne limite la liberté qu'a le malade de choisir son médecin ou celle qu'a le médecin d'accepter ou non de soigner un malade.

18 — Le ministre de la Santé, le ministre de la Famille et du Bien-Etre social, les membres et les représentants de la commission, de même que les fonctionnaires et employés

préposés à la mise à exécution de la présente loi ne doivent pas révéler, autrement que dans la mesure requise en vertu d'un accord conclu aux termes de l'article 19, un renseignement obtenu dans l'exécution de la présente loi et ils ne pourront être contraints de le faire devant aucun tribunal de juridiction civile.

Ils ne seront personnellement responsables d'aucun acte accompli de bonne foi dans l'exécution de leurs fonctions.

19 — Le ministre de la Famille et du Bien-Etre social peut, avec l'autorisation du lieutenant-gouverneur en conseil, conclure, au nom du gouvernement de la province, avec le ministre de la Santé nationale et du bien-être social du Canada, tout accord susceptible de faciliter la mise à exécution de la présente loi.

Le lieutenant-gouverneur en conseil détermine les modalités d'application d'un tel accord, particulièrement en ce qui a trait à la répartition des tâches entre le ministre de la Famille et du Bien-Etre social et le ministre de la Santé.

20 — Le ministre peut, aux conditions prescrites, rembourser à un hôpital ayant conclu une entente en vertu de la Loi de l'assurance-hospitalisation le coût de services diagnostiques fournis à un assisté social sur la prescription d'un médecin.

21 — Le lieutenant-gouverneur en conseil peut, par règlement,

a) prescrire tout ce qui doit être prescrit en vertu de la présente loi ;
b) définir ce qui constitue une assistance sociale aux fins de l'article 2 ;
c) définir les catégories d'assistance temporaire et la façon dont la carte d'assistance médicale est délivrée aux bénéficiaires de ces catégories ;
d) définir les services diagnostiques et, après consultation de la Commission, les autres soins qui peuvent être exclus de l'entente ;
e) définir les régions de la province aux fins de l'article 12 ;
f) statuer sur toute autre matière requise pour la mise à exécution de la présente loi ou de l'entente.

Tout règlement doit être publié dans la *Gazette officielle de Québec*.

22 — Quiconque

a) utilise, sans y avoir droit, une carte d'assistance médicale ;
b) étant le détenteur d'une carte d'assistance médicale, permet qu'on l'utilise sans y avoir droit ;
c) sciemment aide ou encourage quelqu'un à recevoir l'assistance médicale alors qu'il n'y a pas droit ; ou
d) enfreint toute autre disposition de la présente loi ou des règlements,

est coupable d'une infraction et passible, sur poursuite sommaire, d'une amende de $25 à $200 ou d'un emprisonnement d'au plus trente jours, ou des deux peines à la fois.

23 — Seuls les soins médicaux et chirurgicaux dispensés à compter du 1er avril 1966 sont visés par la présente loi et peuvent faire l'objet de l'entente en vertu de l'article 6 ou

donner lieu à un remboursement en vertu de l'article 15.
24 — L'article 6 a effet à compter du 17 mars 1966.
25 — La présente loi entre en vigueur le jour de sa sanction.

ANNEXE « C »

ENTENTE INTERVENUE CE VINGTIEME JOUR D'OCTOBRE 1967

ENTRE :

Le Ministre de la Santé du Québec, ci-après apelé le « Ministre »,

d'une part

et

La Fédération des Médecins Spécialistes du Québec, représentante autorisée de l'Association des Radiologistes de la Province de Québec, en vertu d'une résolution annexée aux présentes, ci-après appelée « La Fédération »,

d'autre part

LES PARTIES CONVIENNENT :

ARTICLE I

A) L'établissement et le fonctionnement de tout régime de services radiologiques assurés doivent, au préalable, être négociés avec les organismes qui représentent à cette fin les radiologistes. La mise en oeuvre administrative d'un tel régime respectera les dispositions librement convenues par les parties ;

B) Tout radiologiste a un droit strict au respect de sa liberté professionnelle. Il lui est notamment reconnu le droit de décider des services appropriés, de les dispenser et d'exercer sa profession aux lieux de son choix et en dehors de tout régime établi ;

C) Toute personne a droit au respect du secret professionnel.

ARTICLE II

Le Ministre reconnaît la Fédération comme représentant l'Association des Radiologistes de la Province de Québec et, à ce titre comme la représentante exclusive des radiologistes de cette province, aux fins des présentes.

ARTICLE III

Les services radiologiques assurés seront rendus dans les hôpitaux par les radiologistes aux personnes définies à la loi de l'assurance-hospitalisation du Québec ou à toute autre loi prévoyant des services médicaux, chirurgicaux ou radiologiques assurés. Les radiologistes seront rémunérés pour les services radiologiques qu'ils rendent en vertu de ces lois en milieu hospitalier.

Dans le régime de l'assistance médicale, les radiologistes seront rémunérés pour les services qu'ils rendent aux assistés sociaux en cabinet privé selon les dispositions de la loi de l'assistance médicale et de ses règlements.

Lorsque la Fédération des Médecins Spécialistes du Québec aura conclu une entente avec le Ministre concernant l'assistance

médicale, la présente entente, en autant qu'elle traite des services radiologiques assurés rendus en cabinet privé, fera partie intégrante de l'entente qui interviendra entre le Ministre et la Fédération et qui régira les autres médecins spécialistes en rapport avec les assistés sociaux.

Lors de l'instauration d'un régime quelconque d'assurance-maladie, par étapes ou autrement, les services radiologiques seront dispensés et rémunérés en cabinet privé selon les dispositions de la loi qui instituera tel régime. Les services rendus en milieu hospitalier seront alors dispensés et rémunérés selon les dispositions de la même loi ou d'une autre loi ou entente s'il était alors absolument impossible de le faire en vertu de la même loi.

ARTICLE IV

La présente entente s'applique à tous les médecins, membres en règle du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec et détenteurs d'un certificat de spécialiste en radiologie décerné par ce dernier, sauf à ceux qui signifient leur désir de se désengager d'un régime prévu par l'entente. Par exception, les régimes prévus par l'entente s'appliquent également aux radiologistes non certifiés, aux conditions énumérées ci-après.

ARTICLE V

Le désengagement du radiologiste de son cabinet privé de radiologie, ou de l'hôpital, ou des deux à la fois, a pour effet de le soustraire pour autant du régime qui le régit.

ARTICLE VI

Tout radiologiste qui s'est désengagé d'un régime peut annuler, par écrit, son désengagement. Cette annulation prend effet à compter de son envoi et elle a pour effet d'assujettir le radiologiste à la présente entente.

ARTICLE VII

Le Ministre ou l'hôpital ne peuvent conclure une entente individuelle avec un radiologiste exerçant dans la Province de Québec quant aux soins radiologiques prodigués aux bénéficiaires des services prévus par cette entente, sauf à la suite d'un accord avec la Fédération.

ARTICLE VIII

Sous réserve de l'article VII, le radiologiste est rémunéré à l'acte médical à moins qu'un contrat présentement en vigueur entre un hôpital et un radiologiste ne prévoie une autre forme de rémunération. Le renouvellement dudit contrat pourra continuer la même forme de rémunération pour une période maximum d'un an à compter de la date d'échéance du contrat, à la condition que cette dernière survienne avant le 1er juillet 1968.

ARTICLE IX

Aux fins des présentes, et sous réserve de l'article VIII, les parties reconnaissent que le tarif annexé à la présente convention est, plus particulièrement en ce qui concerne la nomenclature et la valeur relative des actes, le seul applicable aux radiologistes conventionnés, sujet aux dispositions de l'article 24.

ARTICLE X

Il sera loisible aux parties, pour les fins de la présente entente, de compléter le tarif applicable.

ARTICLE XI

La composante professionnelle des services radiologiques hospitaliers rendus après la date de la signature de la présente convention sera payée par l'hôpital dans les trente (30) jours après la présentation mensuelle du relevé des honoraires. Le tarif s'appliquant aux services radiologiques extra-hospitaliers sera payé par le Ministre ou toute personne désignée à cette fin, dans les trente (30) jours de la présentation du relevé des honoraires.

ARTICLE XII

Lorsque deux ou plusieurs radiologistes conventionnés pratiquent ensemble, il leur est loisible de former un groupe ou une société. Le représentant officiel du groupe ou de la société enverra un relevé d'honoraires général au nom des membres, et il percevra les honoraires qui seront distribués entre les membres suivant les conditions acceptées par les différents membres de ce groupe ou société. Chaque membre informera le Ministre de son appartenance à un groupe ou société, et il autorisera son représentant officiel à agir aux fins des présentes. Tout relevé d'honoraire pour services radiologiques rendus en cabinet privé devra comporter l'identification du radiologiste qui a posé l'acte.

ARTICLE XIII

Tout médecin déclaré éligible par le Collège des médecins et chirurgiens de la Province de Québec aux examens de certification en radiologie recevra la moitié de la rémunération établie par cette convention, à condition qu'il n'exerce qu'en milieu hospitalier, avec et sous la surveillance d'un radiologiste certifié et, de préférence, dans un hôpital d'enseignement. Ce privilège prendra effet à la date de la première session d'examens de certification dudit Collège qui suivra la date d'éligibilité de ce médecin, et il demeurera en vigueur pour les trois (3) années qui suivent, à la condition que, pendant toute cette période, ce médecin conserve son éligibilité. Cependant, quant à tout médecin actuellement éligible, ce privilège prendra effet à la date de la signature des présentes et le délai de trois (3) ans ci-dessus stipulé commencera à courir de la même date.

ARTICLE XIV

Sous réserve des autres dispositions de la présente convention, le radiologiste conventionné n'exigera ni ne recevra pour les services radiologiques hospitaliers ou extra-hospitaliers prévus dans cette convention aucune autre rémunération que celle établie par les présentes. Toute convention à l'effet contraire est nulle de plein droit.

ARTICLE XV

Aux fins des présentes, les services radiologiques comprennent :

A) *à l'hôpital :* tous les services radiodiagnostiques et radiothérapeutiques, y compris les épreuves diagnostiques utilisant les isotopes ainsi que les autres épreuves diagnostiques pouvant être faites dans un service de radiologie, de même que les actes médicaux qui s'y rapportent, le tout tel que défini par les lois et règlements établissant ces services radiologiques.

B) *en cabinet privé de radiologie*, c'est-à-dire en tout établissement privé où un ou des radiologistes exercent la radiologie : les services radiodiagnostiques, y compris les preuves diagnostiques utilisant les isotopes ainsi que toutes autres épreuves diagnostiques pouvant être faites en cabinet privé de radiologie de même que les actes médicaux qui s'y rapportent. Sont exclus des cabinets privés de radiologie les services thérapeutiques, sauf les visites qui se rattachent à la radiothérapie.

ARTICLE XVI

Les radiologistes conventionnés qui auront dispensé de bonne foi leurs services à des personnes qui ne sont pas légalement bénéficiaires de tels services, auront droit aux honoraires prévus par la présente entente.

ARTICLE XVII

Le radiologiste conventionné fera parvenir à l'autorité compétente avant le vingtième (20e) jour de chaque mois un ou des relevés d'honoraires pour les services qu'il aura rendus pendant le mois précédent. Cette facturation se fera sur les formules reproduites à l'annexe « A » de la présente convention.

ARTICLE XVIII

Le Ministre pourra, après consultation avec la Fédération, modifier les formules de relevés d'honoraires et publier des formules que devront utiliser les radiologistes conventionnés.

ARTICLE XIX

Les radiologistes conventionnés seront rémunérés en vertu des lois mentionnées plus haut pour les actes posés, suivant le cas :

A) à l'hôpital ; et/ou

B) en cabinet privé de radiologie.

ARTICLE XX

La rémunération des actes ci-dessus est établie suivant le tarif en annexe, et elle comprend une composante professionnelle pour services radiologiques rendus à l'hôpital, et une composante globale pour les services radiologiques rendus en cabinet privé de radiologie.

	COMPOSANTE PROFESSION-NELLE	COMPOSANTE GLOBALE
De la date de la signature au 31 décembre 1967	64% du tarif annexé	90% du tarif annexé
1er janvier 1968 au 30 juin 1968	66% du tarif annexé	90% du tarif annexé

ARTICLE XXI

Le Ministre n'est et ne sera en aucune façon et en aucun temps responsable des investissements financiers et des pertes monétaires d'un cabinet privé de radiologie.

ARTICLE XXII

La Fédération pourra se considérer déliée de la présente convention, si des lois ou des règlements non conformes aux dispositions de la présente convention sont adoptés ou édictés.

ARTICLE XXIII

La présente entente entrera en vigueur à la date de sa signature, et elle se terminera le 1er juillet 1968 ou à toute autre date antérieure à laquelle un régime d'assurance-maladie pourra entrer en vigueur. Les dispositions de l'article I de la présente entente seront continuées par tel régime d'assurance-maladie. Aucun ajustement de rémunération ne surviendra pour la période précédant la signature de la présente entente : les hôpitaux paieront le tarif stipulé par le Service d'urgence pour les services radiologiques qu'ils auront requis et qui leur auront été rendus à la date de la signature de la présente entente, et seront rémunérés par le Service de l'Assurance-Hospitalisation pour les frais ainsi encourus.

ARTICLE XXIV

Sont réputées être d'une nature essentiellement temporaire et ne pas constituer des précédents, les dispositions relatives au quantum de la rémunération des services radiologiques en cabinet privé de radiologie, ainsi qu'au quantum de la composante professionnelle, tels qu'il apparaissent au tarif annexé aux présentes.

ARTICLE XXV

Les parties aux présentes doivent, au plus tard le 1er mars 1968, commencer des négociations en vue du renouvellement de la présente convention. Toutefois, il sera loisible en tout temps à la Fédération de requérir des négociations en vue du renouvellement de la présente convention, dans le cadre des négociations d'un régime d'assurance-maladie à la date où telles négociations débuteront entre la Fédération et les autorités gouvernementales.

EN FOI DE QUOI, ONT SIGNE :

Pour le Ministre
Pour la Fédération

POUR PRENDRE EFFET IMMEDIATEMENT SUJET TOUTEFOIS A RATIFICATION PAR L'ASSEMBLEE GENERALE DES MEMBRES DE L'ASSOCIATION DES RADIOLOGISTES DE LA PROVINCE DE QUEBEC

ANNEXE « D »

ENTENTE RELATIVE A L'ASSISTANCE MEDICALE INTERVENUE, LE 9ième JOUR DU MOIS D'AVRIL, MIL NEUF CENT SOIXANTE-HUIT.,

Le ministre de la Santé du Québec ci-après appelé « le ministre »,
d'une part

et

La Fédération des médecins spécialistes du Québec, association constituée en vertu de la Loi des syndicats professionnels, ayant son siège social à Montréal, ci-après appelée « La Fédération des médecins spécialistes »,
de deuxième part

LES PARTIES AUX PRESENTES, A LA SUITE DE NEGOCIATIONS, CONVIENNENT CE QUI SUIT :

ARTICLE 1

Pour les fins de la présente convention, le ministre reconnaît que la Fédération des médecins spécialistes du Québec représente tous ceux qui détiennent un certificat de spécialité du Collège des médecins de la province de Québec.

ARTICLE 2

Aucun amendement des lois mentionnées à l'article 2 de la Loi n'a pour effet de modifier les dispositions de la présente entente, sauf du consentement des parties aux présentes.

ARTICLE 3

Le régime d'assistance médicale s'applique à tous les médecins pratiquant dans la province de Québec, sauf à ceux qui signifient, dans les formes prévues ci-après, leur désir de se désengager dudit régime. Le désengagement a pour effet de soustraire ces médecins à l'application du régime.

Le désengagement prend effet à compter du 15ième jour suivant celui où un médecin envoie au ministre une formule de désengagement selon le modèle prévu à l'annexe « A ».

Dans chaque cas le ministre fait parvenir, sans délai, une copie du désengagement à la Fédération.

Tout médecin qui s'est désengagé du régime peut annuler ce désengagement en envoyant au ministre une formule d'annulation selon le modèle prévu à l'annexe « B ». Cette annulation prend effet à compter de son envoi et a pour effet d'assujettir le médecin à la convention.

Le ministre fait parvenir sans délai une copie de cette annulation à la Fédération.

ARTICLE 4

Le ministre ne peut conclure une entente individuelle avec un médecin exerçant dans la province de Québec quant aux soins médicaux et chirurgicaux dispensés aux bénéficiaires d'assistance médicale.

ARTICLE 5

Pour fin d'interprétation, l'article 12, de la loi se comprend comme suit :

La commission peut, sur recommandation des fédérations, nommer des médecins pour la représenter dans les différentes régions de la province.

Ces représentants exerçant les pouvoirs qui leur sont délégués par la commission. Ils sont indemnisés par le ministre de ce qui leur en coûte pour remplir leurs fonctions et ils reçoivent les émoluments que peut fiver le Lieutenant-gouverneur en conseil.

ARTICLE 6

Un comité sera formé par la Commission sous le nom du Comité d'appréciation des relevés d'honoraires ; ce comité sera composé d'au moins trois (3) membres, tous médecins.

Ce comité sera composé d'un médecin représentant du gouvernement ; d'au moins un membre nommé sur la recommandation de la Fédération des omnipraticiens ; d'au moins un membre sur la recommandation de la Fédération des médecins spécialistes ; les représentants des deux fédérations seront en nombre égal.

Ce comité a pour fonction d'étudier les relevés d'honoraires qui lui sont soumis par la Commission, et de faire à cette dernière les recommandations appropriées.

Le lieutenant-gouverneur-en-conseil peut désigner un fonctionnaire du Gouvernement pour agir comme secrétaire du comité.

Les médecins non-fonctionnaires qui font partie du comité sont indemnisés par le ministre de ce qui leur en coûte pour remplir leur fonction, et ils reçoivent les émoluments que peut fixer le lieutenant-gouverneur-en-conseil.

ARTICLE 7

Le ministre peut former un comité de médecins experts aux fins d'évaluer les relevés d'honoraires qu'il juge contestable et de recevoir les opinions expertes qu'il jugera bon de requérir.

ARTICLE 8

La Commission a pour fonctions :

A) Conseiller le ministre de la Santé et le ministre de la Famille et du bien-être social sur l'application du régime.

B) Etudier les rapports statistiques portant sur la pratique médicale et sur l'utilisation des services médicaux et le cas échéant faire des recommandations aux organismes appropriés.

C) Etudier les rapports statistiques et financiers que le ministre de la Santé lui fournit périodiquement.

D) Recevoir et étudier les plaintes des assistés sociaux et des médecins et en saisir les organismes appropriés.

La commission peut, pour ses fins, demander et obtenir du ministre de la Santé et du ministre de la Famille et du bien-être social les renseignements qu'elle jugera nécessaires.

ARTICLE 9 — (abrogé)

ARTICLE 10

Le médecin est rémunéré à l'acte médical.

ARTICLE 11

Dans le cas d'une visite directe au cabinet du médecin spécialiste (pour la première visite), ce dernier pourra réclamer au malade le complément de ses honoraires. Le médecin spécialiste qui entend exercer ce droit, en avisera au préalable, le malade par écrit.

Le complément d'honoraires ou participation aux frais s'entend de la différence entre la prestation stipulée et payée par le ministre de la Santé pour les soins médicaux et chirurgicaux dispensés aux assistés sociaux, et le tarif d'honoraires annexé aux présentes.

Nonobstant ce qui précède, pour la visite d'un malade à la clinique externe d'un hôpital, le médecin spécialiste recevra des honoraires de $5.00.

ARTICLE 12

Le ministre paiera les honoraires des médecins spécialistes qui auront dispensé l'assistance médicale aux assistés sociaux en vertu de la présente entente selon les taux suivants :

A) pour chaque visite d'un malade au cabinet du médecin : $5.00

B) pour chaque visite d'un médecin au domicile d'un malade : $7.00

C) pour l'examen de chaque malade additionnel, lors d'une visite à domicile : $3.00

D) pour chaque visite d'un médecin à l'hôpital : $3.50
E) pour chaque accouchement, y compris les visites post-natales: $65.00
F) pour une visite requise et faite à domicile un jour férié ou entre 9 heures du soir et 8 heures du matin, un supplément de $2.00
G) pour une visite faite à un ophtalmologiste qui fait un examen ophtalmologique complet avec techniques diagnostiques, un supplément de $5.00
H) pour chaque séance de psychothérapie, $7.00 pour une séance de trente minutes et $10.50 pour une séance de quarante-cinq minutes.
I) en cabinet privé ou à domicile par méthode biochimique quantitative : glycémie $3.00 — glycosurie $1.00
J) pour chaque demi-heure de vacation au chevet d'un malade, après la première demi-heure : $6.00
K) pour chaque mille parcouru par un médecin pour se rendre au domicile d'un malade, à calculer d'un point situé à cinq milles des limites de la ville ou du village où exerce le médecin : $0.50
L) les services radiologiques couverts par la présente entente seront rémunérés conformément aux termes de l'entente intervenue entre le ministre de la Santé et la Fédération des médecins spécialistes du Québec, le vingtième jour d'octobre mil neuf cent soixante-sept.
M) tout autre soin sera rémunéré suivant les modalités suivantes :
   1) du 1er août 1967 au 30 juin 1968, suivant les dispositions et les modalités tarifaires de l'entente expirée, selon le tarif d'honoraires professionnels de la F.M.S.Q. (1967) annexé aux présentes.
   2) du 1er juillet 1968 au 30 juin 1970, à 90% d'un tarif conventionnel que la fédération s'engage à publier avant le 1er juillet 1968 et qui sera annexé aux présentes.
   3) le tarif d'honoraires prévu pour le 1er juillet 1968 aura, dans son application, la valeur monétaire convenue entre les parties. Son élaboration s'effectuera selon la méthode actuarielle définie par les actuaires conseils des parties. Le résultat de l'étude actuarielle sera vérifié par les actuaires conseils du ministre afin de s'assurer de sa conformité aux normes préétablies.
   Les parties reconnaissent à la F.M.O.Q. le droit d'intervenir à l'élaboration de ce tarif conventionnel.
N) La Fédération s'engage à publier une table de conversion du tarif conventionnel.

ARTICLE 13

Pour les fins de la présente entente, les parties n'utiliseront et ne publieront aucun tarif d'honoraires autre que le tarif applicable.

ARTICLE 14

Aux fins des présentes, les soins médicaux et chirurgicaux comprennent :
A) tous les actes propres à l'exercice de la médecine.

B) en cabinet privé : les services radiodiagnostiques, y compris les épreuves diagnostiques utilisant les isotopes ainsi que toutes autres épreuves diagnostiques pouvant être faites en cabinet privé, de même que les actes médicaux qui s'y rapportent.
C) électrocardiogramme fait par le cardiologue et l'interniste à son cabinet à compter du 1er juillet 1968.
D) électroencéphalogramme en cabinet privé à compter du 1er juillet 1968.
E) glycémie et glycosurie par la méthode biochimique quantitative à compter du 1er juillet 1968.

Sont exclus :
A) les examens prénuptiaux ou pour fins d'assurance ;
B) la chirurgie plastique pour fins purement esthétiques ;
C) les consultations par lettre ou par téléphone ;
D) — les épreuves de laboratoire ;
— la fluoroscopie cardiaque ;
— les vectocardiogrammes ;
— les phonocardiogrammes ;
— les électromyogrammes ;
— les épreuves de fonction pulmonaire ;
— les épreuves diagnostiques en orthoptique médicale ou en physiothérapie et les autres examens ou épreuves diagnostiques similaires ;
E) les expertises judiciaires ;
F) les soins assurés en vertu d'une autre loi ;
G) tout autre soin qu'une entente intervenue entre les parties pourra exclure.

ARTICLE 15

Le ministre paiera les honoraires des médecins qui auront dispensé de bonne foi leurs services aux détenteurs d'une carte d'assistance médicale ou à une personne à leur charge alors que cette carte n'était pas valide.

ARTICLE 16

Les médecins feront parvenir au service gouvernemental compétent, avant le 20 de chaque mois, une facture pour chaque assisté social auquel ils auront dispensé l'assistance médicale durant le mois précédent. Cette facturation se fera sur les cartes que le ministre fournira aux médecins à cette fin. La Commission de l'assistance médicale pourra, si elle le juge à propos, fixer une pénalité pour les factures envoyées en retard.

ARTICLE 17

Toute matière relative à l'entente et son application peut faire l'objet de discussions entre les parties, à l'initiative de l'une d'elles. Certaines matières particulières font obligatoirement l'objet de discussions entre les parties, préalablement à toute décision les concernant, à savoir :
A) extension ou restriction de l'assistance médicale quant aux bénéficiaires ou aux soins médicaux à être fournis —
B) élaboration, formulation et application de normes d'appréciation des relevés d'honoraires —
C) complément du tarif applicable —

D) élaboration, formulation et application de règle d'interprétation du tarif applicable —
E) modification de la carte de relevés d'honoraires —
F) formulation et publication de toute formule utilisée par les médecins.

ARTICLE 18

Les dispositions de la Loi de l'assistance médicale font partie de la présente entente —

Sur approbation du lieutenant-gouverneur-en-conseil, la présente entente liera les parties —

Aucun règlement ne pourra modifier ou contredire les dispositions de la présente entente.

ARTICLE 19

Sur présentation des relevés d'honoraires, le ministre s'engage à payer aux médecins spécialistes, conformément à la présente entente, tous les services médicaux et chirurgicaux dispensés depuis le 1er août 1967.

Tout médecin spécialiste à qui le coût de tels services a été payé par un assisté social, lui remboursera les hommes reçues.

ARTICLE 20

Les parties conviennent de commencer dès le 1er mai 1968 l'étude conjointe d'une indexation tarifaire applicable à la profession médicale danns le but d'introduire un nouveau système objectif de rémunération professionnelle.

ARTICLE 21

La présente entente se terminera le 1er juillet 1970, ou lors de l'entrée en vigueur dans la province de Québec d'un régime général d'assurance-maladie, si tel régime entre en vigueur avant cette date.

Québec, le 9 avril 1968.

192

TABLE DES MATIÈRES

Achevé d'imprimer
sur les Presses des Ateliers
PAYETTE & PAYETTE INC.
(Saint-Jean-Montréal)
en juin de l'année mil neuf cent
soixante-neuf

CITÉ LIBRE

D'origine polonaise, Teddy Chevalot est né à Varsovie le 26 mars 1931. Il émigrait au Canada en août 1951. Après avoir tâté de tous les métiers dont ceux de bûcheron, ouvrier de manufacture, employé de garage et commis, il occupa d'importantes fonctions administratives à la municipalité de Jacques-Cartier et fut moniteur aux Buissonnets et au Mont-Providence. Il aborda le journalisme en 1959. En juillet 1961, il entrait au service de La Presse où il devint courriériste parlementaire à Québec. De 1966 à 1968, il participa à l'émission Présent de Radio-Canada. Il est maintenant pigiste.

Teddy Chevalot a mérité deux prix de journalisme de l'Union canadienne des journalistes de langue française: le premier obtenu en 1963 pour la primeur de l'année 1962; le deuxième qu'on lui a attribué en 1964 pour le meilleur grand reportage syndical intitulé: Les ingénieurs entre le syndicalisme et le corporatisme.

